



Universidad
de Alcalá

**LA DROGA, ANTES Y DESPUES
DE LA PRISIÓN
DRUGS, BEFORE AND AFTER
THE PRISON**

**Máster Universitario en
Acceso a la Profesión de Abogado**

Autor: D. ÁLVARO FRAILE ÚBEDA

Tutor: Dr. D. ENRIQUE SANZ DELGADO

Alcalá de Henares, a 1 de febrero de 2018

La droga, antes y después de la prisión

“Donde el Derecho termina, la tiranía comienza”.

William Pitt, 1801.

RESUMEN:

El presente trabajo tiene por finalidad realizar un estudio comparativo, entre España, Colombia y Perú, del delito de tráfico de drogas y de qué forma afecta a los distintos sistemas penitenciarios elegidos, en especial al español, donde se analizará el tratamiento penitenciario de deshabituación de la droga en España.

El delito de tráfico de drogas se encuentra de forma asidua, tanto en tribunales penales como en centros penitenciarios, además el problema reside en el incremento de la comisión de este delito, que se está dando en todo el mundo debido a la globalización existente en nuestros días. Por este motivo, en este trabajo se van a analizar en primer lugar los aspectos penales del delito con el fin de observar las penas previstas para la comisión de estos delitos, la normativa penitenciaria vigente, el impacto penitenciario que suponen los delitos de drogas en los centros penitenciarios, tanto españoles como latinoamericanos, el tratamiento penitenciario de deshabituación de la droga en España, la feminización que se está produciendo del delito de drogas, el tratamiento y los beneficios penitenciarios, para terminar con la exposición de la extradición por delitos de tráfico de drogas.

PALABRAS CLAVE:

Drogodependencia, beneficios penitenciarios, tratamiento penitenciario, mujeres en prisión, sistema penitenciario, tráfico de drogas.

ABSTRACT:

The present work aims to carry out a comparative study between Spain, Colombia and Peru, of the crime of drug trafficking and how affects the different chosen prison systems, especially Spanish, in which the penitentiary treatment of drug cessation in Spain.

The crime of drug trafficking is assiduously, both in the criminal courts and prisons, in addition the problem lies in the increase in the commission of this offense, which is taking place throughout the world due to globalization exists in our days. For this reason, in this work we are going to analyze in the first place the criminal aspects of crime with the purpose of observing the penalties for the commission of these offenses, the prison rules previously in force, the impact of detention that involve drug offenses in the prisons, both Spanish and Latin Americans, the penitentiary treatment of drug cessation in Spain, the feminization that is occurring from the crime of drug trafficking, treatment and prison benefits, to finish with the exhibition of the extradition for drug-trafficking offenses.

KEY WORDS:

Drug dependence, penitentiary benefits, prison treatment, women in prison, prison system, drug trafficking.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Tema elegido:	8
1.2. Objetivos:.....	8
1.3. Fuentes empleadas:	9
2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA	11
3. NORMATIVA PENAL.....	15
3.1. Ámbito Internacional	15
3.2. Ámbito Europeo.....	16
3.3. El espacio Iberoamericano.....	17
3.3.1. España.....	17
3.3.2. Colombia	22
3.3.3. Perú.....	24
4. NORMATIVA PENITENCIARIA	29
4.1. Internacional	29
4.1.1. Pena de muerte, tortura, tratos inhumanos o degradantes	30
4.1.2. Garantías judiciales.....	30
4.1.3. Tratamiento personas reclusas	31
4.1.4. Tratamiento de reclusos preventivos	32
4.2. Europea	33
4.2.1. Principios fundamentales.....	34
4.2.2. Condiciones de detención.....	34
4.2.3. Salud.....	35
4.2.4. Buen orden.....	35
4.2.5. Dirección y personal.....	35
4.2.6. Inspección y control.....	35
4.2.7. Preventivos	35
4.2.8. Penados.....	36
5. EL IMPACTO PENITENCIARIO DEL DELITO DE TRÁFICO DE DROGAS .	37
5.1. Impacto penitenciario en España	37
5.1.1. Población reclusa y situación procesal	37
5.1.2. Perfil del detenido.....	38
5.2. Impacto penitenciario en Colombia.....	39
5.2.1. Población reclusa: delitos de drogas.....	39
5.2.2. Perfil del recluso	40

5.2.3.	El hacinamiento	42
5.3.	Impacto penitenciario en Perú	42
5.3.1.	Población reclusa: delitos de drogas.....	43
5.3.2.	El perfil del recluso.....	43
5.3.3.	El hacinamiento	45
6.	TRATAMIENTO PENITENCIARIO DE DESHABITUACIÓN DE LA DROGA EN ESPAÑA	46
6.1.	Normativa	46
6.1.1.	Ámbito Internacional	46
6.1.2.	Ámbito Europeo	47
6.1.3.	Ámbito Estatal	47
6.2.	Programas y Modelos de intervención con drogodependientes.....	50
6.2.1.	Introducción.....	50
6.2.2.	Equipos de coordinación y gestión.....	52
6.2.3.	Programas de prevención y tratamiento con drogodependientes	54
6.2.4.	Modalidades de intervención.....	58
6.3.	Problemas de la droga en prisión	61
6.3.1.	Consumo.....	61
6.3.2.	Enfermedades infecciosas: VIH y Hepatitis C	62
6.3.3.	Riesgo de sobredosis	64
7.	MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN IBEROAMÉRICA	67
7.1.	El narcotráfico como delito femenino.....	67
7.2.	Perfil de la mujer presa por tráfico de drogas	68
8.	TRATAMIENTO PENITENCIARIO.....	71
8.1.	Clasificación penitenciaria.....	71
8.1.1.	España.....	71
8.1.2.	Colombia	72
8.1.3.	Perú.....	73
8.2.	Prohibición de beneficios penitenciarios	74
8.2.1.	Colombia	74
8.2.2.	Perú.....	75
9.	LA COOPERACION INTERNACIONAL: MODELOS DE EXTRADICIÓN	77
9.1.	Concepto	77
9.2.	Clases	77
9.3.	Normativa	77

10. CONCLUSIONES.....	80
11. REFERENCIAS	84
10.1. Bibliografía citada.....	84
10.2. Legislación y jurisprudencia	85
10.3. Referencias electrónicas.....	89

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Tema elegido:

En el presente Trabajo de Fin de Grado se analizan los aspectos penales y penitenciarios del delito de tráfico de drogas y de ciertos delitos relacionados con dicho delito contra la salud pública, con el fin de realizar una comparativa entre países, eligiendo a España, Colombia y Perú, a partir de sus normas vigentes, tales como los códigos penales, la normativa en materia penitenciaria de los distintos países seleccionados, los tratados en materia de extradición, etc...

La elección de estos países no ha sido al azar, sino que cada uno ha sido elegido con base en una serie de razones. En el caso de España, se da la doble circunstancia de que además de ser nuestro país, es asimismo el país europeo con más ciudadanos encarcelados por delitos de drogas en los países de Latinoamérica. En cuanto a Colombia, este ha sido elegido por haber sido el mayor productor de hoja de coca a nivel mundial, hasta que fue remplazado hace unos años por el último país seleccionado, Perú, quien toma un creciente protagonismo en la materia junto a algún otro Estado como México.

El tema objeto del trabajo es, prioritariamente, la droga, tanto antes como después de la entrada en prisión, ya que este es un tema que se da de forma habitual en la actualidad y supone un grave peligro, tanto para la salud de las personas como para la convivencia en sociedad. Hay que tener en cuenta que hoy en día estos delitos son la tercera causa penal por las que más se condena, solamente superado por los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. Además, como se aprecia a lo largo del texto que presentamos, estos delitos carecen fronteras, tendiendo a expandirse, por eso la comparativa entre países.

Resulta alarmante la sofisticación de las técnicas empleadas por los traficantes para facilitar la comisión del delito, empleando para ello todo tipo de transportes e instrumentos para introducir la droga, así como de la utilización de correos humanos que transportan la droga en el interior de su cuerpo.

1.2. Objetivos:

Debido a la amplitud de la materia de estudio, vamos a definir inicialmente cinco objetivos generales para la realización de este trabajo, de esta forma se pretende delimitar

el estudio y enfocarlo en aquellos aspectos que se consideran más relevantes para el mismo:

- 1) El primero de ellos es conocer el tipo penal existente por delitos relacionados con drogas en los distintos países de estudio.
- 2) El segundo es ver el impacto penitenciario que causan los delitos de drogas en los distintos sistemas penales objeto de estudio
- 3) El tercero trata de abordar el tratamiento penitenciario de deshabitación de la droga en España.
- 4) El cuarto es el estudio de los beneficios penitenciarios que se ven afectados al ser condenado por delitos de droga.
- 5) El quinto sería el estudio de la feminización de los delitos de drogas en los centros penitenciarios.

Con la finalidad de desarrollar los objetivos antes mencionados, se identificarán los antecedentes históricos de la evolución del delito de tráfico de drogas. Igualmente, se describirán los principales artículos de los códigos penales que desarrollan la materia de estudio, para pasar a desarrollar la principal legislación internacional en materia penitenciaria. Igualmente importante será describir el impacto penitenciario que tienen los delitos de drogas en los sistemas penitenciarios de los países objeto de estudio, centrandose el foco sobre el tratamiento de deshabitación de la droga en España, además de abordar el tema de la mujer en prisión por tráfico de drogas y delitos conexos con este. Además se lleva a cabo el estudio de los beneficios penitenciarios que se ven afectados al ser condenado por delitos de droga. Para concluir se realiza una visión sucinta de los tratados que regulan la extradición por tráfico de drogas y los distintos requisitos exigidos para la extradición España-Colombia y España-Perú.

A lo largo del trabajo, se realizarán consideraciones comparativas entre los distintos países analizados, contribuyendo así a identificar con mayor claridad las diferencias y similitudes existentes entre estos.

1.3. Fuentes empleadas:

En la realización del presente trabajo se han utilizado los códigos penales de los distintos países objeto de estudio, la normativa internacional en materia penitenciaria, además de la de los citados países, distintos informes sobre drogadicción y deshabitación

en España, los tratados en materia de extradición por tráfico de droga y los tratados sobre traslado de personas sentenciadas, diferentes libros, artículos y jurisprudencia citados en la bibliografía.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El 11 de noviembre de 1990 entró en vigor la Convención de la ONU “Sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”. En él se fijaron las normas comunes de responsabilidad ante el narcotráfico y actualmente, supone el documento base para que los países miembros puedan delimitar la legislación internacional en la esfera de la lucha contra el tráfico de drogas.

Hoy en día el consumo de drogas está bastante extendido, generando un malestar social y causando un grave perjuicio para la salud, y ello deja su impronta en la norma penal que bajo el título de los *Delitos contra la salud pública* acomete como el más preocupante el del tráfico de estupefacientes. Desde el siglo XIX hay países que se encuentran verdaderamente implicados en la producción (plantación, y elaboración, especialmente) como son los países de América. El mercado de la droga mueve entre 10.000 y 13.000 millones de dólares al año, pero ello no siempre ha sido así.

Dejando a un lado las primeras manifestaciones del transporte a Occidente de sustancias con efectos dispares sobre el organismo, procedentes de las expediciones medievales o colonizadoras, la normalización del uso y consumo de estupefacientes y opiáceos comienza propiamente con la centuria decimonónica. En Europa la difusión del consumo de sustancias y el traslado y distribución de las mismas comenzó ya en el siglo XIX, ya que Inglaterra trajo opio de la India, pero Francia no se quedó atrás e introdujo el hachís procedente de sus colonias de África.

Por aquel entonces, las drogas no se percibían como algo nocivo para la salud, ni para la sociedad, ni como algo prohibido, sino como un elemento de bienestar o entretenimiento asociado por lo usual a determinado nivel o posición social, por lo que Inglaterra empezó a traficar vendiendo el opio obtenido en la India a China, hecho que vino a desencadenar las dos Guerras del Opio (La Primera duró entre 1839 y 1842 y la Segunda estalló en 1856 y terminó en 1960). Por lo que pudiera decirse que el narcotráfico de entonces se encontraba controlado por Inglaterra.

Las Guerras del Opio hicieron, no obstante, que China adoptara una postura drástica sobre el tráfico de drogas a partir de 1949, año de la fundación de la República Popular China, dando lugar en la actualidad a una de las legislaciones de drogas más duras del mundo.

El opio en Europa llegó incluso a considerarse menos nocivo que las bebidas alcohólicas o el tabaco, siendo accesible para la mayoría de la población que pudiera adquirirlo. Más tarde aparecería la morfina, con carácter terapéutico pero extendiéndose a otros usos y consumo, y el modo de inocularla mediante la jeringuilla, descubrimiento que permitió la inyección por vía intravenosa. La morfina empezó a crear adeptos, sobre todo aquellos que habían necesitado de ella en operaciones quirúrgicas, en muchos casos procedentes de conflictos armados.

Ya a finales del siglo XIX y principios del XX comienza a aparecer el consumo de cocaína y heroína. En esta época, desde un punto de vista médico, ya se empezó a verificar que el consumo de drogas y la adicción a las mismas generaba perjuicios tanto físicos como psíquicos por lo que se empezó a controlar el comercio y uso de estas sustancias.

Seguidamente aparecerían nuevas drogas, éstas ya de tipo sintético, como puede ser el LSD o las anfetaminas, usándose hasta los años setenta para los pilotos de avión de las Fuerzas Armadas y para los soldados como estimulantes o excitantes. El consumo de drogas empezó a generar oleadas de violencia, tanto en su versión consumo como en la de tráfico, incrementando el número de asesinatos en los países.

A partir de la década de 1950 se incrementó el consumo de heroína debido a la reducción de producción de anfetamina, convirtiéndose aquella en la droga por excelencia. La producción de esta procedía del llamado “triángulo de oro”, una zona entre las fronteras de Birmania, Laos y Tailandia.

Aquí ya sí nos encontramos con el tráfico de drogas como tal, convirtiéndose en una industria ilegal que se ha apoderado del mundo. La plantación, producción, distribución y venta es, desde entonces, controlada por las bandas u organizaciones criminales. Empezando por las triadas asiáticas y acabando con los propios gobiernos. Esto último, por ejemplo, tuvo lugar en Estados Unidos (EEUU) con la entrega de armas a los muyahidines afganos compradas con dinero procedente de la heroína.

En el continente americano, la política de prohibición de drogas empezó en EEUU a principios del siglo XX, con el fin de controlar y erradicar el consumo de opio, marihuana y cocaína, por mor del malestar social y por generar problemas como la adicción y las sobredosis que en un gran número de casos acababan en la muerte. Esta política no dio resultado agravándose el problema, llegando Nixon a declarar la Guerra

Contra Las Drogas en 1968. Ello hay que entenderlo desde la perspectiva de que el presidente Nixon hizo dura campaña contra las drogas y el movimiento hippie, obsesivo por el orden y la ley, por lo que empezó a aumentar las sanciones y externalizó el problema, empezando a trabajar juntos EEUU y Colombia para fumigar las plantaciones de marihuana. Esta situación produjo un menor consumo de marihuana pero por el contrario se incrementó el consumo de cocaína.

En 1980, también desde la órbita estadounidense, el presidente Ronald Reagan diseñó políticas para acabar con la producción de drogas en Perú y Bolivia no consiguiéndolo.

Ya a finales de los años ochenta y principios de los noventa, dio comienzo la guerra contra los cárteles colombianos originándose una gran lucha entre estos, especialmente contra el cártel dirigido por Pablo Emilio Escobar Gaviria, más conocido como “Pablo Escobar”. Guerra muy dura que llevó a la muerte a policías, innumerables civiles e incluso a políticos que quisieron luchar contra los cárteles. Debido al negocio del narcotráfico, Pablo Escobar pareció presentarse como el hombre más rico del mundo.

Aun muerto Pablo Escobar, y erradicados los cárteles de la droga, la guerra no cesó, tomando el relevo de la producción y distribución las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) que, con el dinero de la droga, compran armas financiando su lucha.

En pleno siglo XXI, con Bill Clinton en la Casa Blanca, se siguió esta “Guerra Contra las Drogas”. Ello pareciera haber obtenido mayor resultado, ya que el cultivo de coca (y con ello la producción de pasta de cocaína) descendió en Colombia, pero como es sabido este mercado mueve cantidades enormes de dinero, por lo que aunque en Colombia disminuía su producción, en otros países comenzó a aumentar al tratarse de una industria que parece adaptarse con rapidez, para estar en continuo movimiento. Países como México o incluso Perú tomarían, últimamente, el relevo en la producción.

Los cárteles colombianos vieron una salida en los mexicanos, por lo que se aliaron con éstos para la distribución y transporte de la cocaína. Más tarde, estos cárteles empezaban a producir ellos mismos, lo que llevó a que en el año 2000 se crearan políticas más agresivas en México, motivo que no impidió al cártel de Sinaloa, uno de los más importantes, llevar a cabo una serie de asesinatos y atrocidades para conseguir el control de la droga. Esto originó que, en 2006, se iniciara la guerra contra los cárteles de México

con el presidente Calderón a la cabeza de la misma. Con ella, se frenó a algunos cárteles pero tanto el de Sinaloa, como los Zetas, siguen actualmente creciendo, y parecen tener el control del 90% del tráfico de cocaína en EEUU y México. Los cárteles mexicanos, además, utilizan África como ruta para introducir la droga en Europa.

En cuanto al por qué en la actualidad las drogas son un problema a nivel mundial y que el tráfico de drogas es un negocio que genera tantos millones, hay que atender a una serie de elementos:

El primero sería la globalización, dando lugar a avances tanto tecnológicos como químicos, que facilita su expansión y producción. Es sorprendente la facilidad que existe, a pesar de las leyes de cada país, para conseguirla.

El segundo elemento, lo constituyen las personas, tanto como correos de la droga como colaboradores en la producción de la droga, por su forma de vida, apreciándose en mayor medida en aquellas personas en las que sus oportunidades en la vida son escasas, habitan en la pobreza y las posibilidades laborales, educativas y recreativas son menores.

Actualmente las drogas duras están prohibidas en todos los países, presentándose un elenco variopinto de formas y tiempos de castigo. No ocurre igual con las drogas blandas, como pueden ser entendidos el hachís y la marihuana, permitidas en algunos países como Uruguay y Holanda, o incluso reguladas desde presupuestos terapéuticos en algunos estados, pensando que así se quita mercado de negocio a las organizaciones criminales. Lo que si queda claro es que con las leyes no se puede combatir exclusivamente el tráfico de drogas, sino que además tiene que haber un desarrollo económico y social paralelo a estas leyes y una persecución del engranaje financiero que soportan. Lo que ocurre es que realizar esto es más difícil y costoso que disponer solamente leyes para combatirlo.

3. NORMATIVA PENAL

En este capítulo se va a exponer la regulación tanto internacional, como la más restringida europea sobre el tráfico de estupefacientes, además de abordar la legislación penal en esta materia de cada uno de los países seleccionados.

3.1. Ámbito Internacional

Antes de entrar a exponer la legislación de cada país en concreto, es necesario saber dónde se sientan las bases de la normativa interna sobre el tráfico de estupefacientes y drogas psicotrópicas. Hay que acudir a los tres tratados de Naciones Unidas que juntos configuran el marco legal internacional de control mundial de las drogas. Por un lado tendríamos la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961¹, enmendada por el Protocolo de 1972; por otro lado el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971², y en último lugar la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, de 1988³.

Uno de los objetivos básicos de estos tratados es “tipificar medidas de control aplicables a nivel internacional con el fin de garantizar la disponibilidad de sustancias psicoactivas para fines médicos y científicos, y prevenir su desvío hacia canales ilegales, incluyendo también disposiciones generales sobre tráfico y consumo de sustancias psicoactivas”⁴.

Tanto en la Convención de 1961, como en la de 1971, se introduce una clasificación de las sustancias controladas que se recogen en cuatro listas, atendiendo al riesgo que supone su abuso y al valor terapéutico que pueda darse a estas. En la Convención de 1988, se introdujeron dos listas más, las cuales contenían los precursores, reactivos y disolventes que se utilizan con frecuencia en la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Además, se reforzó la obligación de los países miembros de sancionar penalmente la producción ilícita, posesión y tráfico de estupefacientes o sustancias psicoactivas. Esto queda recogido en su artículo 3, debiendo

¹ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Enmendada por el Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes Nueva York, 8 de agosto de 1975, disponible en: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf>.

² Convenio sobre sustancias sicotrópicas de 1971, disponible en: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf>.

³ Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988, disponible en: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf>.

⁴ <<https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu#1>> [visitado el día 12 de marzo de 2016].

cada una de las partes adoptar las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Por lo que atendiendo a este artículo, serán los propios países los que decidan las penas a imponer por la comisión de estos delitos.

En cuanto al uso de la droga como tal, en ninguna de las Convenciones se tipifica como delito, no mencionándose en ninguna de las disposiciones penales de estas. Por ejemplo, no se menciona en el art. 36 de la Convención del 61, ni en el art. 22 de la Convención del 71, ni en el mencionado art. 3 de la Convención del 88. Esto se debe al hecho de que los tratados no obligan a prohibir las sustancias clasificadas, si no que constituyen un sistema de control legal de la producción y suministro de las drogas para fines médicos, además de luchar contra la producción y tráfico de estas sustancias para fines no previstos en ellos.

Por lo que puede apreciarse que estas Convenciones no exigen la imposición de sanciones penales para el consumo en sí.

Por lo que respecta a la posesión, adquisición o cultivo para uso personal, las Convenciones sí lo tipifican, siendo menos permisivas en este aspecto. En la Convención del 61, en su art. 33, se dispone que las Partes *“solo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal, únicamente con fines médicos y científicos”*; y, más adelante, en su art. 36, obliga a éstas a tipificar la posesión como un delito punible. Pero hay que diferenciar entre posesión para uso personal y posesión para el tráfico. La corriente que siguen las Convenciones es la de no tipificar la posesión para el consumo, corriente que siguen cada vez más países, despenalizando la posesión de determinadas cantidades de estupefacientes para el consumo propio. Esto da lugar a un menor encarcelamiento de personas por este motivo, reduciéndose así el hacinamiento que tiene lugar en las cárceles.

3.2. Ámbito Europeo

En Europa, hay que destacar la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo de la Unión Europea de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas, la cual obligaba a todos los países de la UE a adoptar las medidas

necesarias para garantizar el castigo de todas las conductas intencionadas relacionadas con el tráfico ilícito de drogas y precursores.

En el artículo 4⁵ de esta Decisión, relativo a las sanciones a imponer, se prevé que cada estado adoptará las medidas necesarias para garantizar que los delitos relacionados con el tráfico ilícito de drogas y precursores sean castigados con penas efectivas, proporcionadas y disuasorias. Imponiendo una serie de mínimos y máximos en las penas, pudiendo los países miembros moverse con libertad sobre estos.

3.3. El espacio Iberoamericano

En cuanto a la legislación penal de los países a tratar, primero por tratarse de nuestra legislación, hablaremos del Código Penal Español, prosiguiendo con el resto de países dispuestos de forma alfabética. Los países de América tienen una legislación penal muy parecida a la europea, pero con unas penas más severas para los delitos de tráfico de drogas. En cuanto a los países a tratar, serán: Colombia y Perú.

3.3.1. España

El delito de tráfico de drogas en España se encuentra regulado en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal español (última modificación a 28 de abril de 2015) libro II, Título XVII, Capítulo III, relativo a los delitos contra la salud pública en los arts. 368 a 378.

⁵ “1. Cada uno de los Estados miembros adoptará las medidas necesarias para garantizar que los delitos considerados en los artículos 2 y 3 se castigan con penas efectivas, proporcionadas y disuasorias. Cada uno de los Estados miembros adoptará las medidas necesarias para garantizar que los delitos indicados en el artículo 2 se castigan con penas máximas de uno a tres años de privación de libertad, como mínimo. 2. Cada uno de los Estados miembros adoptará las medidas necesarias para garantizar que los delitos indicados en las letras a), b) y c) del apartado 1 del artículo 2 se castigan con penas máximas de cinco a diez años de privación de libertad, como mínimo, en cada uno de los casos siguientes:) que el delito esté relacionado con grandes cantidades de droga; b) que el delito, o bien esté relacionado con las drogas más perjudiciales para la salud, o bien provoque daños importantes a la salud de muchas personas. 4. Cada uno de los Estados miembros adoptará las medidas necesarias para garantizar que los delitos indicados en la letra d) del apartado 1 del artículo 2 se castigan con penas máximas de 5 a 10 años de privación de libertad, como mínimo, cuando el delito se haya cometido dentro de una organización delictiva en el sentido de la Acción Común 98/733/JAI, y los precursores se destinen a la producción o a la fabricación de drogas en las circunstancias mencionadas en las letras a) o b) del apartado 2. 5. Sin perjuicio de los derechos de las víctimas o de terceros que hayan actuado de buena fe, cada uno de los Estados miembros adoptará las medidas necesarias para permitir el decomiso de las sustancias objeto de los delitos mencionados en los artículos 2 y 3, los instrumentos utilizados o que se pretenda utilizar en estos delitos y los productos de dichos delitos, o el embargo de bienes cuyo valor corresponda al de dichos productos, sustancias o instrumentos”.

El tipo básico, lo encontramos en el art. 368, el cual nos dice que: *“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, serán castigados con las penas de prisión de 3 a 6 años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de 1 a 3 años y multa del tanto al duplo en los demás casos”*⁶.

En el fundamento jurídico primero de la STS 515/2006 de 4 de abril⁷ se exponen los requisitos que se exigen para sancionar las conductas previstas en el art. 368 del Código Penal: *“a) La concurrencia de un elemento de tipo objetivo, cual es la realización de algún acto de producción, venta, permuta o cualquier forma de tráfico, transporte, tenencia con destino al tráfico o acto de fomento, propaganda o formulación de ofertas de dichas sustancias; b) Que el objeto material de esas conductas sea alguna sustancia de las recogidas en las listas de los Convenios Internacionales suscritos por España, los que tras su publicación se han convertido en normas legales internas (artículo 96.1º CE); y, c). El elemento subjetivo del destino al tráfico ilícito, que en ocasiones no será obtenible por prueba directa, sino deducible del conjunto de sus acciones”*.

En este mismo artículo establece un tipo atenuado de la pena, disponiendo lo siguiente: *“No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, los tribunales podrán imponer la pena inferior en grado a las señaladas en atención a la escasa entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable. No se podrá hacer uso de esta facultad si concurriere alguna de las circunstancias a que se hace referencia en los artículos 369 bis y 370.”*

El tipo agravado lo encontramos en los arts. 369, 369 bis y 370. En el primero de estos se recoge la subida en grado de las penas previstas por el artículo 368 (de 6 a 9 años cuando la sustancia cause grave daño a la salud y de 3 a 4 años y 6 meses en los demás casos) y multa del tanto al cuádruplo para aquellos casos en los que el culpable fuese autoridad, funcionario público, facultativo, trabajador social, docente o educador y obrase

⁶ Vid. EXPOSITO LÓPEZ, A., “El delito de tráfico de drogas”, en *Revista de Derecho UNED*, nº 10, 2012, pp. 96 y 97.

⁷ Sentencia nº 515/2006 de TS, Sala 2ª, de lo Penal, 4 de Abril de 2006, disponible en: <http://supremo.vlex.es/vid/delito-salud-368-b-c-20782315#section_10>.

en el ejercicio de su cargo, profesión u oficio⁸; participare en otras actividades organizadas o cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito⁹; los hechos se realizan en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos¹⁰; cuando las drogas se faciliten a menores de 18 años, a disminuidos psíquicos o a personas sometidas a tratamiento de deshabituación o rehabilitación¹¹; que la cantidad sea de notoria importancia¹²; también para el caso de que las sustancias se adulteren, manipulen o mezclen entre sí o con otras, incrementando el posible daño a la salud¹³; cuando la actividad ilícita se cometa en centros docentes, en centros, establecimientos o unidades militares, en establecimientos penitenciarios o en centros de deshabituación o rehabilitación, o en sus proximidades¹⁴; que se empleare violencia o exhibiere o hiciese uso de armas para cometer el hecho¹⁵.

Si los hechos son realizados por personas que pertenecieren a una organización delictiva, el art. 369 bis impone las penas de prisión de 9 a 12 años y multa del tanto al cuádruplo del valor de la droga si se tratara de sustancias y productos que causen grave daño a la salud y de prisión de 4 años y 6 meses a 10 años y la misma multa en los demás casos. A los jefes, encargados o administradores de la organización se les impondrán las penas superiores en grado a las señaladas.

Este artículo también recoge el delito cometido por persona jurídica, imponiéndose una pena de multa de 2 a 5 años, o del triple al quíntuple del valor de la droga cuando la cantidad resultante fuese más elevada, si el delito cometido por la persona física tiene prevista una pena de prisión de más de 5 años; multa de uno a tres años, o del doble al cuádruplo del valor de la droga cuando la cantidad resultante fuese más elevada, si el delito cometido por la persona física tiene prevista una pena de prisión de más de dos años no incluida en el anterior inciso.

El último tipo agravado lo encontramos en el art. 370 por el cual se impone la pena superior en uno o dos grados a la prevista en el art. 368 para aquellos casos que se utilice a menores de 18 años o a disminuidos psíquicos para cometer estos delitos; cuando

⁸ Vid. EXPOSITO LÓPEZ, A., *Op. Cit.*, p. 98.

⁹ *Ibidem*, pp. 98, 99 y 100.

¹⁰ *Ibidem*, pp. 100 y 101.

¹¹ Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *El delito de tráfico de drogas en el derecho penal español*, Tesis doctoral (s.p), Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, 2006, pp. 419 y 420.

¹² Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *Op. Cit.*, p. 420.

¹³ Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *Op. Cit.*, p. 421.

¹⁴ Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *Op. Cit.*, p. 421, 422 y 423.

¹⁵ Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *Op. Cit.*, p. 423 y 424.

se trate de los jefes, administradores o encargados de las organizaciones a los que se refiere el art.369; si las conductas descritas en el artículo 368 fuesen de extrema gravedad¹⁶. En el segundo y tercer supuestos se impondrá a los culpables, además, una multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito.

En cuanto a la fabricación, transporte, distribución, comercialización o tenencia de equipos, materiales o sustancias enumeradas en el cuadro I y cuadro II de la Convención de Naciones Unidas de 1988, a sabiendas de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícitas de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o para estos fines, será castigado con la pena de prisión de 3 a 6 años y multa del tanto al triplo del valor de los géneros o efectos. Si perteneciendo a una organización dedicada a tales se realizan los hechos anteriores se le impondrá la pena en su mitad superior, y en el caso de que fueran los jefes, administradores o encargados de la organizaciones o asociación se le impondrá la pena superior en grado. Además se le impondrá la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión o industria por tiempo de 3 a 6 años.

El art. 372 se refiere a la inhabilitación del cargo, profesión u oficio, para aquellos que realicen en el ejercicio de su cargo los hechos delictivos de los artículos anteriores siendo empresario, intermediario en el sector financiero, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador, imponiéndosele pena de tres a diez años. Se impondrá la pena de inhabilitación absoluta de diez a veinte años cuando los referidos hechos fueren realizados por autoridad o agente de la misma, en el ejercicio de su cargo. Este artículo lo que hace es añadir a las penas establecidas en todos los artículos de este capítulo¹⁷, la pertinente privación del ejercicio de la profesión, o de la condición pública del culpable en cuanto estos hechos se hayan perpetrado dentro del ámbito de actuación del acusado.

El art. 373 hace mención a los actos preparatorios punibles de los delitos previstos en los arts. 368 a 372, castigándose con la pena inferior en uno a dos grados a la que corresponda.

Para poder apreciar este delito la jurisprudencia sienta las bases en tres requisitos: el primero de ellos sería que el delito no se hubiera iniciado en su ejecución, ya que de

¹⁶ Vid. EXPOSITO LÓPEZ, A., *Op. Cit.*, pp. 107 y 108.

¹⁷ *Ibidem*, p. 111

ser así estaríamos en el ámbito punible de la tentativa; el segundo de estos requisitos sería el acuerdo entre dos o más personas para llevar a cabo el delito; el último de los requisitos, estaría formado por las acciones recogidas en la ley, es decir que exclusivamente solo se puede penar la conspiración¹⁸, la proposición¹⁹ y la provocación²⁰, quedando impunes el resto de actos.

En base al art. 374 se procederá al decomiso tanto de las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, como los equipos, materiales, sustancias, bienes, medios, instrumentos y ganancia²¹.

En virtud del art. 375, salvo que los antecedentes penales pudieran ser cancelados, las condenas por tribunales extranjeros por delitos de la misma naturaleza que los regulados en los arts. 361 a 372, producirán los efectos de reincidencia.

En los delitos previstos en los artículos anteriores si el sujeto ha abandonado voluntariamente sus actividades delictivas y ha colaborado activamente con las autoridades o sus agentes bien para impedir la producción del delito, bien para obtener pruebas decisivas para la identificación o captura de otros responsables o para impedir la actuación o el desarrollo de las organizaciones o asociaciones a las que haya pertenecido o con las que haya colaborado se procederá a bajar en uno o dos grados en base al art. 376²². Este artículo también prevé la bajada en uno o dos grados cuando siendo drogodependiente en el momento de comisión de los hechos, acredite suficientemente que ha finalizado con éxito un tratamiento de deshabituación, siempre que la cantidad de drogas no fuese de notoria importancia o de extrema gravedad.

El art. 377 nos dice que para determinar la cuantía de las multas que se impongan en aplicación de los artículos 368 al 372, el valor de la droga o los efectos intervenidos será el precio final del producto o, en su caso, la recompensa o ganancia obtenida, o que se hubiera podido obtener.

Por último el art. 378 hace referencia al orden en el que deben efectuarse los pagos por el penado por uno o varios de los delitos a que se refieren los artículos 361 al 372²³.

¹⁸ Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *Op. Cit.*, p. 344 y 345.

¹⁹ Vid. MOLINA MANSILLA, M.C., *Op. Cit.*, p. 345.

²⁰ *Idem.*

²¹ Vid. EXPOSITO LÓPEZ, A., *Op. Cit.*, p. 114

²² *Ibidem*, pp.116, 117 y 118.

²³ *Ibidem*, pp. 121 y 122.

Hay una serie de aspectos a tener en cuenta, que no se encuentran regulados en el Código Penal Español, como son los mecanismos de lucha contra el tráfico de drogas, estos mecanismos en muchas ocasiones tienen una importancia esencial en la investigación policial, dando ventaja a las Fuerzas de Seguridad frente a las organizaciones criminales. Algunos de estos mecanismos son: la autorización para la circulación y entrega vigilada de estupefacientes, para de este modo poder descubrir o identificar a los responsables de los envíos y entregas ilegales (art. 263 bis Ley Enjuiciamiento Criminal); el protocolo de actuación en cuanto a los envíos postales, que suele ir acompañada con la entrega vigilada (art. 579 y ss. de la LECrim); por último el agente encubierto o infiltrado en las organizaciones criminales, estos pertenecen a la policía judicial o particulares, se lleva a cabo con el objetivo de obtener información acerca de los sospechosos y de su vinculación a las organizaciones (art. 282 bis)²⁴.

3.3.2. Colombia

El delito de tráfico de drogas en Colombia se encuentra regulado en el Código Penal colombiano²⁵ en los artículos 375 a 385.

En base al art.375 la persona que cultive, conserve o financie plantaciones de marihuana o cualquier otra planta de las que pueda producirse droga, o más de un 1 kilogramo de semillas de estas plantas, incurrirá en pena de prisión de 8 a 18 años y en multa de 266.66 a 2.250 salarios mínimos legales mensuales vigentes (en adelante SMLMV)²⁶. Si la cantidad de plantas de que trata esta entre 20 y 100, la pena ira desde los 5 años y 4 meses a 9 años de prisión y multa de 13.33 a 75 SMLMV.

En cuanto al tráfico en sí de estupefaciente²⁷ el art. 376 impone pena de prisión de 10 años y 8 meses a 30 años y multa de 1.334 a 50.000 SMLMV. Si la cantidad de droga no excede de una determinada cantidad²⁸, la pena a imponer variaría de 5 años y 4 meses

²⁴ MOLINA MANSILLA, C., *Mecanismos de lucha contra el tráfico de drogas extramuros del Código Penal*, Edit. La Ley, Madrid, 2007, pp. 6-17.

²⁵ Ley 599/2000, de 24 de Julio del 2000, Código Penal Colombiano. (Diario oficial n° 44.097).

²⁶ El salario mínimo legal mensual vigente en Colombia para el año 2016 es de 1.500.000 pesos colombianos. El equivalente en euros es de 436.85 (con la tasa de cambio vigente para los primeros días de marzo de 2016).

²⁷ Considerándose como tal la introducción al país, así sea en tránsito o saque de él, transporte, lleve consigo, almacene, conserve, elabore, venda, ofrezca, adquiera, financie o suministre a cualquier título sustancia estupefaciente, sicotrópica o drogas sintéticas.

²⁸ La cantidades máximas serían de: mil (1.000) gramos de marihuana, doscientos (200) gramos de hachís, cien (100) gramos de cocaína o de sustancia estupefaciente a base de cocaína o veinte (20) gramos de derivados de la amapola, doscientos (200) gramos de droga sintética, sesenta (60) gramos de nitrato de amilo, sesenta (60) gramos de ketamina y GHB (ácido gamma-hidroxibutírico).

a 9 años de prisión y multa de 2 a 150 SMLMV. En cambio si la cantidad de droga excede los límites máximos previstos en el inciso anterior sin pasar de unas determinadas cantidades²⁹ la pena será de 8 años a 12 años de prisión y multa de 124 a 1.500 SMLMV.

Por lo que respecta a la destinación ilícita de un bien mueble o inmueble para la elaboración, almacenaje o transporte, o sea utilizado para la venta o uso de las drogas a que se refieren los artículos 375 y 376, y/o autorice o tolere en ellos tal destinación, el art. 377 lo castiga con pena de prisión de 8 a 18 años y multa de 1.333.33 a 50.000) SMLMV.

En la sección A del art. 377 encontramos que el uso, construcción, comercialización y/o tenencia de semisumergibles o sumergibles³⁰ tiene pena privativa de libertad siendo de 6 a 12 años y multa de mil 1.000 a 50.000 SMLMV. En la sección B se prevé la agravación punitiva de este delito si la nave semisumergible o sumergible es utilizada para almacenar, transportar o vender, sustancias estupefaciente, insumos o es usado como medio para la comisión de actos delictivos la pena será de 15 a 30 años y multa 70.000 SMLMV, incrementándose de una tercera parte a la mitad cuando la conducta sea realizada por un funcionario público o haya sido miembro de la Fuerza Pública.

En base al art. 378 la persona que estimule el uso ilícito de drogas o medicamentos que produzcan dependencia incurrirá en prisión de 4 a 12 años y multa de ciento 133.33 a 1.500 SMLVM.

El suministro o formulación ilegal de drogas por parte de profesionales del ámbito de la salud se encuentra recogido en el art. 379, imponiendo pena de prisión de 4 a 12 años y multa de 133.33 a 1.500, e inhabilitación para el ejercicio de la profesión de 6 años y 8 meses a 15 años. En el art. 380, a colación de lo anterior, si quien suministra ilícitamente a un deportista profesional o aficionado, alguna droga o medicamento que produzca dependencia, o lo induce en su consumo, no tiene la cualidad del artículo anterior, incurrirá en prisión de 1 años y 4 meses a 4 años y 6 meses. Por último, en cuanto

²⁹ La cantidades máximas serian de: diez mil (10.000) gramos de marihuana, tres mil (3.000) gramos de hachís, dos mil (2.000) gramos de cocaína o de sustancia estupefaciente a base de cocaína o sesenta (60) gramos de derivados de la amapola, cuatro mil (4.000) gramos de droga sintética, quinientos (500) gramos de nitrato de amilo, quinientos (500) gramos de ketamina y GHB.

³⁰ Artículo 377 A: se entenderá por semisumergible o sumergible, la nave susceptible de moverse en el agua con o sin propulsión propia, inclusive las plataformas, cuyas características permiten la inmersión total o parcial. Se exceptúan los elementos y herramientas destinados a la pesca artesanal.

al suministro de drogas, si se suministraran a un menor, el art. 381 prevé una pena de prisión de 8 a 18 años.

Conforme al art. 382 quien introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en los cuadros uno y dos de la Convención de Naciones Unidas contra los Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas incurrirá en pena de prisión de 8 a 15 años y multa de 3.000 a 50.000 SMLVM.

En cuanto al porte sustancias el art. 383 prevé sanción penal, conllevando la pena de prisión de 1 año y 4 meses a 3 años para el porte de escopolamina o cualquier otra sustancia semejante que sirva para colocar en estado de indefensión a las personas.

El tipo agravado del delito de tráfico de drogas lo encontramos en el art. 384 que impone la pena prevista en los artículos anteriores incrementándola el doble en aquellos casos en los que el delito sea cometido por quien desempeñe el cargo de docente o educador de la niñez o la juventud, o aquel que para cometer cualesquiera de esos delitos se valga de la actividad de un menor, o de quien padezca trastorno mental, o de persona habituada.

Si el delito se comete en centros educativos, asistenciales, deportivos, recreativos, policiales o de reclusión, vacacionales, lugares donde se celebren espectáculos o diversiones públicas o actividades similares o en sitios aledaños a los anteriores también será aplicable este tipo agravado. También si se llevan a cabo en el inmueble que se tenga a título de tutor o curador.

En cuanto al tipo agravado hay que atender a la cantidad incautada, si esta es superior a 1.000 kilos si se trata de marihuana; 100 kilos si se trata de hachís; y 5 kilos si se trata de cocaína o 2 kilos si se trata de sustancias derivadas de la amapola.

Por último el art. 385 impone una pena de prisión de 5 años y 4 meses a 15 años y multa de 133.33 a 1.500 SMLVM, al dueño, poseedor, tenedor o arrendatario de predios donde exista, se construyan o se utilicen de forma ilegal pistas de aterrizaje.

3.3.3. *Perú*

El delito de tráfico de drogas en Perú se encuentra regulado en el Código Penal Peruano³¹ en los artículos 296 a 303.

³¹ Decreto Legislativo n° 635, de 03 de Abril de 1991, Código Penal Peruano, última modificación de 2015.

En el art. 296 nos encontramos con el tipo básico el cual tiene una pena privativa de libertad no menor de 8 años ni mayor de 15 años y de 180 a 365 días-multa, e inhabilitación del 1), 2) y 4) del art. 36³². Dentro de esta pena se recogen a todas aquellas personas que promueve, favorece o facilita el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, mediante actos de fabricación o tráfico.

Por lo que respecta a la posesión para el tráfico, el párrafo segundo de este artículo impone una pena de 6 a 12 años y con 120 a 180 días-multa. En cambio el art. 299 nos habla que la posesión para el propio consumo no es punible siempre que no se superen unas determinadas cantidades³³ y que no se esté en posesión de 2 o más drogas.

En su párrafo tercero nos habla de la exportación e importación, aportación de recursos económicos o de cualquier otra especie, o financiación, supervisión o fomentación para la ejecución de alguno de los delitos de estos artículos será castigado con pena privativa de libertad comprendida entre 5 y 10 años y con 60 a 120 días-multa. Para concluir en su último párrafo castiga a aquellos que conspiren para promover, favorecer o facilitar el tráfico ilícito de drogas, conllevando pena privativa de libertad de 5 a 10 años y con 60 a 120 días-multa.

En cuanto a la comercialización y cultivo de amapola y marihuana y su siembra compulsiva, el art. 296-A prevé que quien realice estos actos será castigado con pena privativa de libertad de 8 a 15 años y con 180 a 365 días-multa e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 1, 2 y 4. Atendiendo a la cantidad de plantas cultivadas o semillas si estas no superan el número de 100 la pena a imponer será de 2 a 6 años de prisión años y de 90 a 120 días-multa. El que obligue a otros a la realización de estos actos con violencia o intimidación será reprimido con pena privativa de libertad de 25 a 35 años.

En el art. 296-B se pena el tráfico ilícito de insumos químicos y productos fiscalizados cuando se destinen a la elaboración ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes

³² Art.36 Código Penal Peruano: “1) Privación de la función, cargo o comisión que ejercía el condenado, aunque provenga de elección popular. 2) Incapacidad o impedimento para obtener mandato, cargo, empleo o comisión de carácter público. ... 4) Incapacidad para ejercer por cuenta propia o por intermedio de tercero profesión, comercio, arte o industria, que deben especificarse en la sentencia”.

³³ Art. 299 Código Penal Peruano: “No es punible la posesión de droga para el propio e inmediato consumo, en cantidad que no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio o doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, conteniendo Metilendioxianfetamina - MDA, Metilendioximetanfetamina - MDMA, Metanfetamina o sustancias análogas. Se excluye de los alcances de lo establecido en el párrafo precedente la posesión de dos o más tipos de drogas”.

o sustancias psicotrópicas con privación de libertad de 7 a 12 años y con 120 a 180 días multa e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 1, 2 y 4. En su segundo apartado nos dice que quien con las debidas autorizaciones para realizar actividades con Insumos Químicos y Productos Fiscalizados false datos, será reprimido con pena privativa de libertad 4 a 8 años y con 120 a 180 días-multa e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 1, 2 y 4.

Para el caso de que un propietario, poseedor o tercero resiembra con arbusto de coca, semillas y/o almácigos, aquellos predios de coca erradicados por el Estado, serán reprimidos con pena privativa de libertad de 3 a 8 años, además de serán decomisados estos por el Estado, previsto así en el art. 296- C.

El tipo agravado del delito de tráfico de drogas lo encontramos en el art. 297 que impone la pena de prisión de 15 a 25 y de 180 a 365 días-multa siendo ampliamente superior a la prevista en el art. 296, además de añadir la inhabilitación de los incisos 5 y 8 del art. 36³⁴ antes mencionado, dándose en aquellos casos en los que el delito sea cometido por funcionarios públicos, por profesionales, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud. Si el hecho fuere cometido por tres o más personas, o en calidad de integrante de una organización criminal dedicada al tráfico ilícito de drogas, o al desvío de sustancias químicas o de materias primas a que se refieren los Artículos 296 y 296-B. También para los casos en los que la víctima fuere menor de edad o incapacitada, o se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos.

Si el delito se comete en centros educativos, asistenciales, de salud, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones también será aplicable este tipo agravado.

En cuanto al tipo agravado hay que atender a la cantidad incautada, si esta es superior a 20 kilos de pasta básica de cocaína o sus derivados ilícitos, 10 kilos de clorhidrato de cocaína, 5 kilos de látex de opio o quinientos gramos de sus derivados, y 100 kilos de marihuana 2 kilos de sus derivados o 15 gramos de éxtasis, conteniendo Metilendioxianfetamina - MDA, Metilendioximetanfetamina - MDMA, Metanfetamina o sustancias análogas.

³⁴ Art.36 Código Penal Peruano:”5) Incapacidad para el ejercicio de la patria potestad, tutela o curatela. 8) Privación de grados militares o policiales, títulos honoríficos u otras distinciones que correspondan al cargo, profesión u oficio del que se hubiese servido el agente para cometer el delito”.

Por último en este artículo encontramos el tipo atrasadísimo, para aquellos casos en los que la persona detenida sea el jefe, dirigente o cabecilla de una organización dedicada al tráfico ilícito de drogas o insumos para su elaboración, conllevando pena privativa de libertad de 25 a 35 años. Se impondrá la misma pena a aquellos que se dediquen al tráfico para financiar actividades terroristas.

La microcomercialización y la microproducción se encuentra regulada en el art. 298, acarreando pena privativa de libertad de 3 a 7 años y de 180 a 360 días-multa, en aquellos casos que la cantidad de droga no sobrepase los 50 gramos de pasta básica de cocaína y derivados ilícitos, 25 gramos de clorhidrato de cocaína, 5 gramos de látex de opio o 1 gramo de sus derivados, 100 gramos de marihuana o 10 gramos de sus derivados o 2 gramos de éxtasis, conteniendo Metilendioxianfetamina - MDA, Metilendioximetanfetamina - MDMA, Metanfetamina o sustancias análogas. También para los casos en que las materias primas o los insumos comercializados no excedan de las cantidades de drogas antedichas. Por último la comercialización o distribución de pegamentos que puedan ser destinados al consumo también entra dentro de esta microcomercialización.

En el último apartado de este art. 298 tenemos un tipo agravado para los casos previstos en este artículo cuando concurren las circunstancias previstas en el art. 297 a excepción de ser funcionario público o las referidas a las cantidades, estas dos últimas no estarían dentro de esta agravación del 298. La pena será privativa de libertad iría de 6 a 10 años y de 360 a 700 días-multa.

El art. 300 nos habla del suministro indebido de droga por parte del personal sanitario, siendo este hecho penado con cárcel de 2 a 5 años e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 1, 2 y 4.

Quien coaccione a otro mediante violencia o intimidación a que consuma algún tipo de droga será penado conforme al art. 301, suponiendo pena privativa de libertad de 5 a 8 años y con 80 a 180 días-multa. Si esta conducta se realiza con el fin de estimular o difundir el uso de la droga, o si la víctima fuese una persona inimputable la pena será superior, siendo esta de 8 a 12 años y de 180 a 365 días-multa.

Delito parecido al del artículo anterior es el que prevé el art. 302 para la inducción o instigación a otro al consumo de drogas, reprimido con pena privativa de libertad, de 2

a 5 años y 90 a 180 días-multa. Si la conducta se realiza con ánimo de lucro o la víctima es persona inimputable, la pena será de 5 a 8 años de prisión y de 180 a 365 días-multa.

Por último el art. 303 prevé la expulsión del país a aquel extranjero que haya cumplido la pena u obtenido el beneficio penitenciario, no pudiendo volver.

4. NORMATIVA PENITENCIARIA

En este capítulo se expone el marco legal internacional penitenciario, sirviendo de abanico a los siguientes capítulos a tratar, de referencia sobre los derechos y reglas mínimas de las personas privadas de libertad.

Se han analizado un gran número de instrumentos y tratados internacionales. A continuación, expondremos cuáles son los principales instrumentos utilizados.

4.1. Internacional

Primeramente hay que hacer mención a la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948³⁵, la cual proclama en su art. 9 que *“nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado”*, derecho que queda concretado más específicamente en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)³⁶ de 1966 en su artículo 9 que ahora trataremos.

El marco legal que constituye la base de este capítulo, emana de lo dispuesto en los distintos tratados y convenios internacionales de derechos humanos ratificados por los países tratados en el presente trabajo, que se han creado después la DUDH. Abordándose todos ellos de manera conjunta en base a la prohibición de pena de muerte, torturas y tratos inhumanos; a la distinción penitenciaria existente entre reclusos y preventivos; a las garantías judiciales existentes.

Tanto España como los demás países citados en el trabajo han suscrito y ratificado los principales tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que se aprecian: el PIDCP y sus protocolos facultativos de 1966³⁷ y 1989³⁸; la Convención sobre los derechos del Niño (CDN)³⁹; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o

³⁵ Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <<http://www.unhcr.ch/udhr/lang/spn.htm>>.

³⁶ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>>.

³⁷ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCCPR1.aspx>>.

³⁸ Aprobado y proclamado por la Asamblea General en su resolución 44/128 15 de diciembre de 1989. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/spanish/law/ccpr-death.htm>>.

³⁹ Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>>.

Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CcT)⁴⁰; Reglas Mínimas para el tratamiento de las personas reclusas en centros penitenciarios de 1955 y 1997⁴¹, además de su actualización en 2015⁴². Para todos los países que los han ratificados, estos tienen el mismo valor que las respectivas leyes nacionales.

En las siguientes líneas se abordan solamente el PIDCP, la CcT y las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos de 2015.

4.1.1. Pena de muerte, tortura, tratos inhumanos o degradantes

El derecho a la vida es un derecho universal reconocido tanto en la DUDH (art. 3), como en el PIDCP (art. 6.1), por lo tanto nadie puede ser privado de su vida, ya que es el derecho más propio que tienen las personas. La pena de muerte no está prohibida en todos los países, por lo que en ciertos países o estados se sigue aplicando esta pena. Lo que sí existe son una serie de prohibiciones en cuanto a qué personas se puede condenar a muerte, por lo que se prohíbe imponer la pena de muerte a mujeres gestantes, a las mujeres que han dado a luz y a los menores de 18 años (art. 6.5 PIDCP).

La tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, penas están prohibidas en numerosos instrumentos de derechos humanos en la DUDH (art. 3), en el PIDCP (art. 7), en la CcT (art. 16), entre otros. En el caso de que exista violación de alguna de estas disposiciones el Comité contra la Tortura deberá sancionar estas con severidad, por lo que ha de atender que se cumplan de forma correcta y adecuada a la Convención las penas impuestas.

4.1.2. Garantías judiciales

Dentro de estos instrumentos de Derecho Internacional encontramos una serie de garantías judiciales esenciales para la efectiva tutela de los derechos de las personas detenidas. El primero a tratar es el PIDCP siendo el más importante dentro de estos instrumentos, tutelando los derechos civiles y políticos. Los países tratados se encuentran

⁴⁰ Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Entrada en vigor: 26 de junio de 1987, de conformidad con el artículo 27. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>>.

⁴¹ Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>>.

⁴² El 22 de mayo, durante la 24ª sesión de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas, la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal adoptó el texto revisado de las Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos.

dentro del conjunto de países que han ratificado el mencionado Pacto y sus dos Protocolos Facultativos. Este instrumento hace alusión directa a los derechos de las personas privadas de libertad en sus arts. 9 y 10. En el primero de estos se prohíbe la prisión arbitraria y los arts. 10 y 14 fijan una serie de garantías judiciales. Por su parte el art. 15 sienta el principio de legalidad y la prohibición de aplicar leyes penales desfavorables al reo.

4.1.3. *Tratamiento personas recluidas*

En 1955 y 1997 se adoptaron en las Naciones Unidas unas Reglas Mínimas para el tratamiento de las personas recluidas en centros penitenciarios, además de la recientemente actualización en 2015, las llamadas Reglas Mandela. Estas son un conjunto de estándares o reglas mínimas que sirven de protección para todas aquellas que se encuentren en situación de reclusión, sean tanto penados como preventivos. Hay que recordar que las normas anteriormente citadas son de uso exclusivo para las personas mayores de edad, ya que como breve apunte hay que señalar, que los menores de 18 años tienen una serie de normas específicas que son la CDN de 1989 (art. 37), las Reglas mínimas para la administración de la justicia a los menores (Reglas Beijing) de 1985⁴³, las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad de 1990⁴⁴.

Una vez ya dentro del centro penitenciario el PIDCP aboga por la readaptación y reinserción social como finalidad primordial de la pena, disponiendo en su art. 10.3: “*el régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados*”. Por otro lado las RMTR dan a entender tanto en la regla 58 como en la 59 que en ese periodo de privación del delincuente debe darse de un modo eficaz todos los medios curativos, educativos, morales, espirituales y de otra naturaleza, y todas las formas de asistencia de que puede disponer, para que una vez este en libertad respete las leyes. Además en las reglas 91 y 92 se dispone que la finalidad del sistema debe ser la de ayudar a los reclusos a vivir de acuerdo a la ley y a que estos pueden mantenerse por ellos mismo mediante el trabajo, por lo que se les ayuda a su readaptación en la sociedad.

⁴³ Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985. Disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/reglas_beijing.htm>.

⁴⁴ Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/spanish/law/menores.htm>>.

4.1.4. *Tratamiento de reclusos preventivos*

Hay que hacer referencia también a la prisión preventiva, esta es considerada, entre los instrumentos internacionales de derechos humanos, como medidas de último recurso en los procedimientos penales, por los que se deberán aplicar lo antes posible medidas alternativas, como disponen el artículo 9.3 del PIDCP y las Reglas de Tokio (regla 6)⁴⁵.

La prisión preventiva para poder ser adecuada y efectiva ha de adecuarse a lo expuesto en el art 9.1 del PIDCP: *“Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta”*.

Otra característica de las personas sometidas a prisión preventiva, es que gozan de unos derechos específicos como son: *Derecho a ser juzgado dentro de un plazo razonable, o a ser puesto en libertad*, reconocidos en el PIDCP (art. 9.3). El derecho a recurrir ante un tribunal a fin de que éste decida con la mayor brevedad posible sobre la legalidad de su prisión y ordene su libertad si la prisión fuera ilegal, está reconocido en el PIDCP (art. 9.4). *Derecho a obtener reparación, en el supuesto de que la prisión preventiva fuese ilegal*, reconocido en el PIDCP (art. 9.5), de ahí que cuando el CDH constata la falta de indemnización en caso de prisión ilícita, sostenga que los Estados deben adoptar disposiciones para que las víctimas puedan reclamar indemnización. *Derecho a la presunción de inocencia*, reconocido en la DUDH (art. 11), en el PIDCP (art. 14.2) y en las RMTR (regla 111).

Derecho a estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y *derecho a ser sometidos a un tratamiento distinto*, adecuado a su condición de personas no condenadas, reconocidos en el PIDCP (art. 10.2.a) y en las RMTR (reglas 11.b y 112). Cuando las personas detenidas en prisión preventiva no están separadas de las condenadas, el CDH afirma la obligación de los Estados de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la violación del artículo 10.2.a), habiendo llegado a sostener que “la escasez de personal y locales, no puede justificar que se vulnere lo dispuesto en el apartado a) del párrafo 2 del artículo 10 del Pacto”.

⁴⁵ Adoptadas por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 45/110, de 14 de diciembre de 1990. Disponibles en: <<https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/reglasminimasnoprivativas.htm>>.

Derecho a ser oído públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra la persona incurso en un proceso penal, reconocidos en la DUDH (art. 10) en el PIDCP (art. 9 y art. 14). El «debido proceso legal» incluye el derecho al acceso de un abogado, ya sea elegido por el acusado o designado de oficio, derecho al que también hace referencia las RMTR (regla 119).

Por último, además de los derechos expuestos, las RMTR dotan a los reclusos preventivos de unas mínimas como son: dormir en celdas individuales, a reserva de los diversos usos locales debidos al clima; a alimentarse, si así lo desean, por su propia cuenta procurándose alimentos del exterior; a usar sus propias prendas personales, siempre que estén aseadas y limpias; si llevan uniforme, que sea distinto del de los condenados; oportunidad de trabajar (de forma remunerada), pero sin estar obligados a ello; a ser visitados y atendidos por propio médico o dentista (reglas 113, 114, 115, 116 y 118). Además, se reconoce el derecho a todo acusado a que se procure, a sus expensas, libros, periódicos o material de escritura (regla 117).

4.2. Europea

En primer intento que hubo en Europa de establecer unas reglas penitenciarias, fue en 1973 mediante la introducción de las Reglas Mínimas Europeas para el tratamiento de los reclusos⁴⁶. Con ellas se buscaba la adaptación en Europa de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas de 1955.

Posteriormente, en 1987, estas Normas Penitenciarias Europeas fueron revisadas para así poder *“recoger las necesidades y las aspiraciones de las administraciones penitenciarias, de los reclusos y del personal penitenciario en un enfoque coherente de la gestión y el tratamiento que sea positivo, realista y contemporáneo”*, como recoge la Exposición de Motivos⁴⁷.

La última revisión de las Normas Penitenciarias Europeas de 2006⁴⁸, tiene la misma intención que las revisiones anteriores, buscando adaptar estas a los cambios que

⁴⁶ Se aprueban las reglas Mínimas para el tratamiento de detenidos, versión Europea, en virtud de la Resolución 73.5 de 19 de Enero, del Comité de Ministros del Consejo de Europa.

⁴⁷ Se aprueban las Reglas Penitenciarias Europeas en virtud de la Recomendación 87.3 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, de 12 de Febrero.

⁴⁸ Se aprueban las nueva Reglas Penitenciarias Europeas a través de la Recomendación (2006) de 2 de Enero, del Comité de Ministros del Consejo de Europa. Supone la revisión y actualización de las Reglas Penitenciarias Europeas de 1987.

se dan en la sociedad, en el ámbito penal, en la práctica etc. Estas Normas son una guía para los Estados miembros de la Unión Europea que están en la tarea de modernizar tanto sus sistemas, como su legislación penitenciaria.

Las Normas Penitenciarias Europeas de 2006 constan de un preámbulo y 108 reglas distribuidas en 9 títulos, de los que vamos a destacar los aspectos más esenciales de cada uno de ellos.

4.2.1. Principios fundamentales

Como bien dice Borja Mapelli: en este apartado se recoge un nuevo planteamiento de política criminal, partiendo de una serie de principios⁴⁹. Estos van desde la regla 1 a la 13, de entre las que se puede destacar: “Las personas privadas de libertad conservan todos los derechos, salvo aquellos que les hayan sido retirados de acuerdo con la ley por su condición de penados a una pena de prisión o sometidos a prisión provisional” (regla 2); Debe facilitarse la reinserción social de las personas privadas de libertad (regla 6); Estas reglas son de aplicación tanto a personas en prisión preventiva, como a las que han sido condenadas por sentencia a pena privativa de libertad. También se aplicaran de igual modo a las personas internas en prisión por cualquier otra razón (regla 10); Los menores de 18 años deberán estar en Establecimientos especiales (regla 11.1).

4.2.2. Condiciones de detención

Se encuentran recogidas en las 14 a 38: Ninguna persona podrá ser admitida en prisión sin que exista orden de prisión valida (regla 14); Los internos por regla general deben ser destinados al Establecimiento más cercano a su domicilio (regla 17.1); se dota los reclusos de unas mínimas como son: respeto a la dignidad humana, responder a unas exigencias mínimas sanitarias e higiénicas; dormir en celdas individuales, a reserva de los diversos usos locales debidos al clima; debe ser provisto de prendas de vestir; a ser alimentados; a ser visitados y comunicarse con el exterior; oportunidad de trabajar (de forma remunerada), pero sin estar obligados a ello; educación, etc (reglas 18.1, 18.5, 20, 22, 24, 26 y 28).

⁴⁹ MAPELLI CAFFARENA, B. “Una nueva versión de las normas penitenciarias europeas”. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (en línea). 2006, núm. 08-r1, p 4. r1:1- r1:44. Disponible en: <<http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-r1.pdf> ISSN 1695-0194 [RECPC 08-r1 (2005), 7 mar]>.

4.2.3. *Salud*

Por lo que respecta a la salud, las reglas 39 a 48 contienen los servicios sanitarios que se han de dar a los internos, así como la organización de los servicios médicos en el establecimiento. La política sanitaria penitenciaria debe estar integrada en la política nacional de salud pública.

4.2.4. *Buen orden*

El orden y la seguridad que debe primar en los establecimientos penitenciarios los encontramos en las reglas 49 a 70, en las que se expone como ha de llevarse a cabo la seguridad en el penal, lo que conlleva que se realicen periódicamente inspecciones y registros de los distintos lugares del penal, de los internos, personal penitenciario, visitas etc. También trata cuando y en qué modo han de imponerse medidas disciplinarias y sanciones a los presos, siendo impuestos estos procedimientos como último recurso. Por lo que respecta al uso de la fuerza solo se dará en aquellos que sea imprescindible y necesario, además el porte de armas en el centro penitenciario está prohibido.

4.2.5. *Dirección y personal*

En estas reglas que van de la 71 a la 91, se expone como debe ser el personal que trabaja en los centros penitenciarios, haciendo referencia al modo de selección de este personal y a la formación de que deben de recibir antes de entrar en sus tareas generales y específicas.

4.2.6. *Inspección y control*

En esta parte encontramos dos reglas como son la 92 y 93 en las que se determina que un organismo gubernamental llevara a cabo inspecciones regulares de las disposiciones legales tanto nacionales, como internacionales (regla 92) y que un organismo independiente contralará las condiciones de detención y el trato que se dé a los detenidos.

4.2.7. *Preventivos*

En cuanto al tratamiento de los preventivos se encuentra regulado en las reglas 94 a 101, pero nos remitiremos a lo expuesto sobre este tema en la parte Internacional.

4.2.8. *Penados*

Por último las reglas 102 a 107 fijan los objetivos del régimen de los detenidos condenados y su aplicación a estos, también como como deben de ser organizados estos dentro de prisión, separando a los detenidos según la categoría que se les dé. El trabajo de los detenidos ayudara a que alcancen los objetivos del régimen, puedo obligarles a trabajar si sus condiciones de salud lo permiten. La formación es una parte fundamental del régimen de los detenidos condenados, adaptándose a la duración de la estancia de estos en prisión.

5. EL IMPACTO PENITENCIARIO DEL DELITO DE TRÁFICO DE DROGAS

En este capítulo se abordará el impacto que el delito de tráfico de drogas ha generado en el ámbito penitenciario en los distintos países presentes en el trabajo. Abordando en primer lugar el perfil del detenido, seguido de la población reclusa y su situación procesal y los problemas de la droga en prisión.

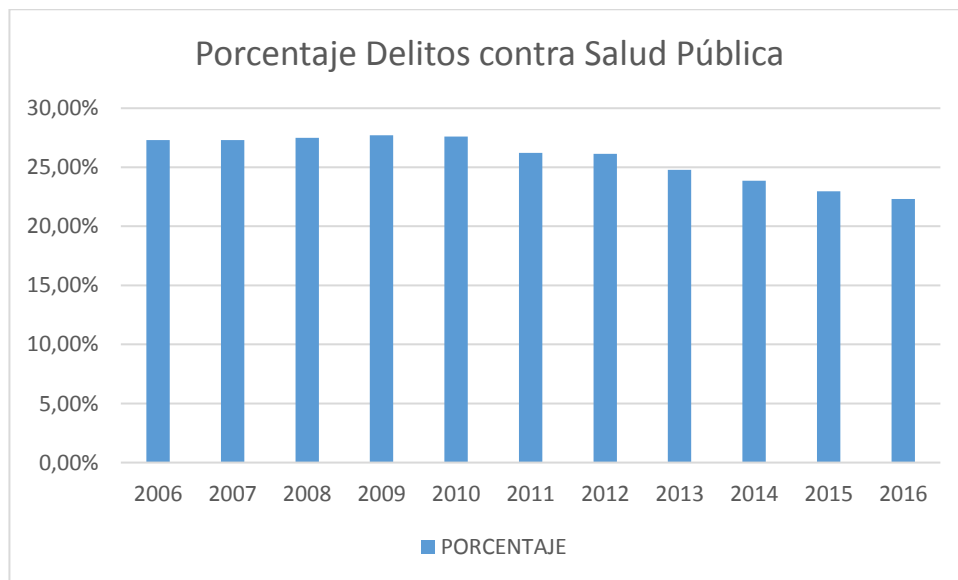
5.1. Impacto penitenciario en España

En este capítulo se abordará el impacto que el delito de tráfico de drogas ha generado en el ámbito penitenciario desde el año 2006.

En primer lugar trataremos la población reclusa y su situación procesal, seguido del perfil del detenido los problemas de la droga en prisión; y terminaremos hablando de los internos en programas de ayuda a la drogodependencia.

5.1.1. Población reclusa y situación procesal

El porcentaje de personas que se hallan en prisión por la realización de delitos contra la salud pública ha descendido en los últimos años, siendo la tasa en 2006 del 27,3 % de la población reclusa y en 2016 hasta Abril es del 22,32 %.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del portal estadístico de la SGIP y del “Informe Nacional 2013 al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox”, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La situación procesal de estas personas privadas de libertad puede ser: penados, preventivos o cumpliendo una medida de seguridad, estas últimas se dan en muy pocas ocasiones, predominando en la mayoría de personas la condición de penado con 85,48% y en segundo lugar la situación procesal de preventivos 12,50 %. Si atendemos a la situación procesal distinguiendo entre sexos vemos que tenemos cifras prácticamente idénticas tanto los penados como los preventivos, siendo en el caso en los hombres el 91,72 % y el 8,28 % en mujeres en lo que penados se refiere. Respecto a los preventivos el porcentaje de hombres casi similar al de penados como hemos dicho, alcanzando el 92,43 % respecto de las mujeres que alcanza un 7,57 %. Dejando la medida de seguridad en un tercer plano debido a la poca afluencia de casos.

5.1.2. Perfil del detenido

Atendiendo a los datos analizados, la mayoría de detenidos son hombres, alrededor del 82 %, mientras que la tasa de mujeres detenidas por estos delitos no supera el 18 %. Lo que ocurre es que en comparación con el total de mujeres detenidas, las que lo están por delitos contra la salud son mucho más amplio, por lo que se puede afirmar que estos delitos están más presentes en la población reclusa femenina. Estas mujeres, proceden principalmente de países latinoamericanos, siendo condenadas por delitos contra la salud pública al actuar como “mulas” (personas detenidas en los aeropuertos españoles portando pequeñas cantidades de droga que intentaban introducir en España) en la gran mayoría de casos. Suelen ser los últimos eslabones en la cadena del narcotráfico internacional. Las mujeres extranjeras iberoamericanas condenadas por tráfico de drogas continúan desde prisión siendo las principales sustentadoras económicas de sus familias. Las mujeres españolas que cometen delitos de tráfico de drogas en cambio son en su mayoría mujeres drogodependientes, que se incluyen en las redes de pequeña distribución para autoabastecerse. Con frecuencia compaginan su actividad delictiva con delitos contra la propiedad y, a veces, con el ejercicio de la prostitución al más bajo nivel en la calle y carreteras⁵⁰.

En cuanto al origen de las personas detenidas hay que hacer referencia a 4 grupos: el primero sería el de los nacionales del país, es decir, los españoles; el segundo grupo estaría formado por las personas de nacionalidad europea, destacando ciudadanos franceses e ingleses; el tercer grupo está compuesto por sujetos de origen africano,

⁵⁰ CERREZO DOMINGUEZ, A.I.: “La aplicación de las Reglas de Bangkok a la normativa penitenciaria española”, *Derecho penal, género y nacionalidad*, Ed. Comares. Granada, 2015, 25-44 pp

predominando las personas marroquíes y argelinas; por último, el cuarto grupo lo integran los detenidos procedentes del continente americano, resaltando dos nacionalidades por encima de las demás, como son la colombiana y la venezolana.

Por último en cuanto a la edad hay un intervalo bastante amplio que va desde los 19 a los 40 años de edad, siendo el pico más alto de los 19 a los 25⁵¹.

5.2. Impacto penitenciario en Colombia

Los delitos relacionados con las drogas en Colombia tienen mayores penas respecto a España, además de no poder acceder a ciertos beneficios penitenciarios. Un ejemplo de esto sería el beneficio de la vigilancia electrónica como alternativa a la privación física de libertad, ya que para los delitos de tráfico de drogas esta no puede darse. Pero mayor trascendencia tiene el hecho de considerar la multa como pena principal, derivando en la imposibilidad de salir del penal si no se abona esta, conllevando la imposibilidad de conceder la libertad al penado. Los eslabones más bajos de la cadena del narcotráfico son los que más sufren con esto ya que no pueden costearse el pago de las elevadas multas.

5.2.1. Población reclusa: delitos de drogas

En Colombia los delitos relacionados con drogas se sitúan en tercer lugar, solamente por detrás de los delitos contra el patrimonio y los delitos contra la vida e integridad personal, apreciándose que la población reclusa por estos delitos es bastante elevada.

En marzo de 2016 el número de presos tanto sindicados (preventivos), como sentenciados por tráfico, fabricación o porte de estupefacientes era de 24.848 personas, lo que supone el 13,4 % de la población reclusa.

Por lo que respecta a la participación por sexos en el delito de tráfico de estupefacientes, nos encontramos con la cifra de 20.959 hombres reclusos de un total de 173.597, lo que supone el 12,07 %. En cuanto a la población femenina destaca que la infracción más sobresaliente es el tráfico de estupefacientes con 3889 reclusas de un total

⁵¹ Vid. CEREZO DOMINGUEZ, A.I. y ARENAS GARCIA, L., “Estudio longitudinal del tráfico de drogas y de su impacto en la delincuencia”, en *InDret*, 2016, pp. 13, 14 y 15.

de 12.215, siendo su porcentaje de 31,84 %, como se puede apreciar excesivamente superior al de la población masculina⁵².

5.2.2. Perfil del recluso

Ya hemos visto que los delitos relacionados con drogas tienen un papel relevante en la composición de la población carcelaria. Por eso importante conocer qué tipo de personas integran esta población reclusa por delitos de drogas, atendiendo a una serie de características como son: el sexo, la edad, las personas más vulnerables y la participación en el delito.

a) Características

a') Sociales-Sexo

Como hemos dicho anteriormente el número de mujeres reclusas por delitos de drogas es considerablemente menor al de hombres, pero como se viene observando a lo largo del trabajo existe una feminización de este tipo de delito, ya que si comparamos las cifras anteriormente expuestas con el total de población por sexos se ve una mayor congregación de mujeres por estos delitos.

Además otra afirmación que acompaña esta teoría, que a pesar de que la mayoría de personas reclusas por drogas no son mujeres, la mayoría de mujeres si están presas por la comisión de delitos relacionados con drogas. Por eso esta afirmación confirma aún más la feminización del delito.

b') Edad

La mayoría de personas detenidas por drogas tienen una edad comprendida que se encuentra entre 26 y 35 años, con un porcentaje del 46 %. El segundo grupo con un porcentaje del 22 % de personas muy jóvenes, se encuentra comprendido entre 18 y 25 años privadas de la libertad por este delito. El último grupo con una participación importante está entre los 36 y 45 años y representa un 23 %. Por lo tanto se puede decir que las personas privadas de la libertad –hombres y mujeres– por drogas tienen entre 18 y 45 años.

⁵² METAAL, P. y YOUNGERS, C., “Sistemas sobrecargados, Leyes de drogas y cárceles en América latina”, Transnational Institute Washington Office on Latin America, Diciembre 2010, pp. 43 y 44, disponible en: <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Sistemas_sobrecargados/sistemas_sobrecargados_web2.pdf>.

c') Personas vulnerables

También hay que atender a las personas que se encuentran en el penal que presentan particularidades como pueden ser las minorías étnicas, las personas extranjeras, la tercera edad, las madres lactantes y gestantes (de las que hablamos en el perfil de la mujer) o las personas discapacitadas⁵³.

De todos estos grupos hay que hacer hincapié en el de las personas extranjeras, ya que el 75 % de estas personas que entran en prisión lo hacen por delitos de drogas⁵⁴.

d') Participación

En este aspecto es importante distinguir si las personas detenidas por este tipo de delitos son grandes narcos o por el contrario pertenecen al eslabón más bajo de la cadena, como son las mulas o los pequeños distribuidores.

Estos datos no ha sido posible conseguirlos, ya que el INPEC no dispone de ellos, lo único que se ha podido hacer es, en base a los testimonios de las mujeres entrevistadas⁵⁵, llegar a la conclusión de que la mayor parte de las personas detenidas pertenecen a los eslabones más débiles que son sustituidos con enorme facilidad. Prueba de ello es el estudio que publicó Dejusticia⁵⁶ donde afirman que “la gran mayoría de personas recluidas por actividades relacionadas con estupefacientes entre 2007 y 2009 no tuvo una participación importante en las redes del narcotráfico, pues tan solo el 2 % de ellas fueron procesadas en concurso con otros delitos como el concierto para delinquir o el porte ilegal de armas”.

Sorprenden las declaraciones que realizan las mujeres entrevistadas, en las que afirman pertenecer al negocio de la droga, pero que lo hacen como mulas y pequeñas vendedoras por cantidades de dinero irrisorias al compararlo con el beneficio obtenido por sus jefes, jefes a los que no están dispuestas a delatar debido al miedo que tienen por las represalias que puedan sufrir ellas o sus familias por los capos de la droga.

⁵³ METAAL, P., *Op. Cit.*, p. 45

⁵⁴Datos obtenidos en: <http://186.179.97.228:8080/jasperserver-pro/dashboard/viewer.html?&j_username=inpec_user&j_password=inpec#/public/Extranjeros/Dashboard/s/Extranjeros_Nacional> [visitado el día 14 de mayo de 2016].

⁵⁵ METAAL, P., *Op. Cit.*, p. 49.

⁵⁶ UPRIMNY, R., *La adicción punitiva*, La desproporción de leyes de drogas en América Latina, Dejusticia, Diciembre 2012, p. 22, disponible en: <http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug_Policy/la_adiccion_punitiva.pdf>.

5.2.3. *El hacinamiento*

Las condiciones de vida en las cárceles colombianas son bastante más duras que en las de nuestro país, este se debe en gran parte al hacinamiento que existe en los penales, sobre todo en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional, donde existiendo una capacidad de 78.181 están reclusas 122.020 a marzo de 2016, lo que supone el 56,1 % de hacinamiento en las cárceles del país.

Debido a esto se vulneran garantías fundamentales, además de que este hecho no permite que se den las condiciones dignas para la vida en prisión. El aumento que se está produciendo pone de relieve el menoscabo que sufren los reclusos en sus condiciones de vida en prisión y el deterioro de las condiciones de privación de libertad⁵⁷.

Los delitos relacionados con drogas tienen un papel fundamental, debido a la gran cantidad de reclusos por estos delitos se favorece al hacinamiento, ya que las condenas son desproporcionadas al delito, siendo estas de entre 5 y 30 años. Todas las personas detenidas por estos delitos cumplen su pena, sin que se atienda a si son simples consumidores o capos de la mafia.

5.3. Impacto penitenciario en Perú

En este capítulo vamos a abordar una serie de cuestiones relacionadas con los delitos de tráfico de drogas en Perú y la repercusión que tienen en el sistema penitenciario.

Perú es actualmente el productor mundial de hojas de coca, por delante de países como Colombia y México. Desde años atrás y en la actualidad Perú ha adoptado en el ámbito de drogas una serie de políticas que abogan por la reducción de la oferta a través de la prohibición y la erradicación de la droga.

Como viene siendo ya una constante, los delitos relacionados con drogas son una de las causas más comunes por las que se entra en prisión, posicionándose en tercer lugar en Perú, solamente por detrás de los delitos contra el patrimonio (robo y hurto). Esto es uno de los factores principales de la situación de hacinamiento en las cárceles, empeorando la situación del sistema penal peruano.

A esto debe añadirse la gran cantidad de internos encarcelados por delitos de drogas sin haber obtenido una sentencia, sin haber sido clasificados en el correspondiente

⁵⁷ METAAL, P., *Op. Cit.*, p. 48.

grado penitenciario y sin poder acceder a cualquier beneficio penitenciario que le permita acortar su pena.

5.3.1. Población reclusa: delitos de drogas

En Perú la población penitenciaria a diciembre de 2015 (últimos datos proporcionados el Instituto Nacional Penitenciario INPE) es de 77.242 personas, de las que el 22.4 % de los internos lo están por delitos relacionados con las drogas.

Cabe destacar que más del 50 % de los reclusos no tienen sentencia, exactamente 39.439, frente a los 37.803 que si están cumpliendo su pena en base a una sentencia firme. Respecto a la distinción entre procesados (preventivos) y sentenciados en los delitos de drogas puede afirmarse que es mayor el número de reclusos procesador por delitos relacionados con drogas (11,30 %) que el de sentenciados (10,1 %). En base a estos datos puede apreciarse un claro problema estructural debido al retraso que existe en la administración de la justicia penal⁵⁸.

En cuanto a la participación por sexo en el delito de tráfico de estupefaciente, los hombres reclusos por estos delitos en Perú son 14.588, lo que supone el 20,1 % de la población reclusa masculina, mientras que las mujeres por estos delitos están en la tasa del 58,8 %, es decir que más de la mitad de las mujeres que entran a la cárcel en Perú lo hacen por delitos relacionados con drogas.

5.3.2. El perfil del recluso

Como ya se trató de hacer al analizar Colombia, es importante conocer qué tipo de personas integran la población carcelaria en el ámbito tratado, pero viendo esta podemos apreciar que es prácticamente un calco de la expuesta al tratar el perfil de los reclusos en los penales de Colombia.

Las características a las que hemos atendido son las mismas que en Colombia: el sexo, la edad, las personas más vulnerables y la participación en el delito.

⁵⁸ UPRIMNY, R., *Op. Cit.*, Pp. 28 y 29.

a) Características

a´) Sociales-Sexo

En el análisis de la población por sexo se ha podido comprobar que en Perú también se está dando una feminización del delito de drogas, pudiendo realizar las mismas afirmaciones, que hice en este apartado en el análisis de Colombia, para Perú.

Como ya se expuso antes, casi el 60 % de las mujeres que entran en prisión en Perú lo hacen por este motivo, siendo en la mayoría de casos pequeñas vendedoras o mulas.

b´) Edad

En cuanto a la edad, nos encontramos casi la misma situación de Colombia cambiando únicamente las cifras y el segundo grupo, que está integrado por personas de unas edades diferentes al de Colombia.

La mayoría de personas detenidas por drogas en Perú tienen una edad comprendida entre 26 y 35 años, con un porcentaje del 37,7 %. El segundo grupo con un porcentaje del 25,6 % de personas de mediana edad, se encuentra comprendido por reclusos de entre 36 y 45 años, privados de la libertad por este delito. El último grupo con una participación importante para la edad de sus integrantes, está compuesto por reclusos entre los 18 y 25 años y representa un 16,3 %. Por lo tanto se puede decir que las personas privadas de la libertad –hombres y mujeres– por drogas tienen entre 18 y 45 años⁵⁹.

c´) Personas vulnerables

Al igual que ocurría al tratar en Colombia el tema de las personas más vulnerables dentro del penal, en Perú también hay que hacer referencia a las personas extranjeras, que al igual que sucedía en Colombia, de los 1.827 internos extranjeros que había en diciembre de 2015 en Perú, el 90 % aproximadamente se encuentra en el penal por la comisión de delitos relacionados con drogas.

Dato a destacar es que los tres países con mayor población penitenciaria después de Perú son: Colombia, España y México en ese orden, es decir, que dos de los tres países con más extranjeros dentro de las cárceles peruanas son dos de los países analizados al margen de Perú.

⁵⁹ METAAL, P., *Op. Cit.*, p. 80.

d') Participación

Como ya se dijo es importante distinguir si las personas detenidas por este tipo de delitos son grandes narcos o por el contrario pertenecen al eslabón más bajo de la cadena, como son las mulas o los pequeños distribuidores. En este caso no me ha sido posible conseguirlos, ya que en ninguna de las bases de datos se recoge esta importante distinción.

5.3.3. *El hacinamiento*

Entre los problemas de la administración penitenciaria hay que hacer mención a la sobrepoblación y al gran porcentaje de internos que se encuentra sin sentencia y que, en calidad de procesados, se encuentran reclusos durante un tiempo que excede lo previsto por la ley, esto tiene su repercusión en el hacinamiento existente en los establecimientos penitenciarios. Un ejemplo de esto es que en el mes de diciembre de 2015, la diferencia entre la capacidad de albergue (32.896) y la población penal (77.242) es de 44.346 internos que representa el 134% de la capacidad de albergue, esto quiere decir que esta cantidad de internos no tendría cupo en el sistema penitenciario.

“Un indicador que refleja esta divergencia, es que al mes de diciembre se cuenta con 39.439 internos en calidad de procesados contra los 37.803 sentenciados. Asimismo, es preocupante que a nivel nacional, figuren 3.621 internos que están reclusos por más de 5 años en situación jurídica de procesados”⁶⁰.

Como ya se dijo en Colombia los delitos relacionados con drogas tienen un papel fundamental, debido a la gran cantidad de reclusos por estos delitos se favorece al hacinamiento, ya que además de la situación de los procesados como acabamos de ver, las condenas son desproporcionadas al delito, siendo estas de entre 5 y 30 años.

⁶⁰ ARAUCO, B., *Informe estadístico penitenciario*, Instituto Nacional Penitenciario (Perú), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Diciembre 2015, p 37, disponible en: <http://www.inpe.gob.pe/pdf/diciembre_15.pdf>.

6. TRATAMIENTO PENITENCIARIO DE DESHABITUACIÓN DE LA DROGA EN ESPAÑA

En este capítulo se abordará el tratamiento penitenciario de deshabituación de la droga en España, se tratará en primer lugar la normativa general y específica que regula este tratamiento, seguidamente los Programas y Modelos de intervención con drogodependientes y por último la problemática de la droga en prisión.

6.1. Normativa

En este apartado se expone el marco legal, tanto internacional y europeo, como español, para el tratamiento en centros penitenciarios de personas drogodependientes.

6.1.1. Ámbito Internacional

En el ámbito internacional se adoptaron en las Naciones Unidas las Reglas Mínimas para el tratamiento de las personas reclusas en centros penitenciarios, que recientemente fueron actualizadas por las llamadas Reglas Mandela⁶¹. Estas son un conjunto de estándares o reglas mínimas que sirven de protección para todas aquellas que se encuentren en situación de reclusión, sean tanto penados como preventivos.

Por lo que a la asistencia de salud se refiere, las Reglas Mandela aportan a las personas privadas de libertad el mismo derecho a la salud del que gozan todas las demás., De esta forma, los presos han de recibir el mismo nivel de atención de salud que el resto de la comunidad, al igual que en el tratamiento y atención médica. Esto muy importante debido a que el riesgo de transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas es mucho mayor en las cárceles que en la población general.

Esta regulación se hace efectiva en las reglas 24 a 35, destacando en especial la primera de estas, ya que conceptualiza a la prestación de servicios médicos a las personas privadas de libertad como una responsabilidad del Estado, volviendo a reiterar que deben gozar de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior, tanto dentro como una vez fuera del penal, debiendo darse una efectiva organización con administración del servicio de salud pública general, de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo

⁶¹ El 22 de mayo, durante la 24ª sesión de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas, la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal adoptó el texto revisado de las Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos.

que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y en especial la drogodependencia.

6.1.2. Ámbito Europeo

Como ya dijimos en el Capítulo cuarto, en el marco legislativo europeo la referencia para el tratamiento en centros penitenciarios son las Reglas Penitenciarias Europeas⁶².

En materia de salud y en especial sobre drogodependencias, encontramos el artículo 39, estableciendo que “las autoridades penitenciarias protegerán la salud de sus internos durante su custodia”. Por tanto, este artículo y por consiguiente esta norma europea, hace que recaiga sobre II.PP. la provisión de un tratamiento terapéutico para aquellas personas que tienen una adicción y que desean desintoxicarse.

Por otro lado, también “se fomentará la cooperación con los servicios sociales externos y, en la medida de lo posible, la participación de la sociedad civil en la vida en prisión”⁶³. La presencia de entidades del tercer sector es, según estas normas, una pieza importante dentro de prisiones.

Además de la legislación, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud o la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (United Nations Office for Drugs and Crime) también han hecho especial hincapié en el tema de la salud dentro de prisiones y en la necesidad de que la sociedad conozca las características especiales de la sanidad penitenciaria.

6.1.3. Ámbito Estatal

En el ámbito estatal las leyes sobre las que versa este apartado serán la CE, la LOGP, el Reglamento Penitenciario y las distintas instrucciones penitenciarias en materia de drogas.

⁶² Se aprueban las nueva Reglas Penitenciarias Europeas a través de la Recomendación (2006) de 2 de Enero, del Comité de Ministros del Consejo de Europa. Supone la revisión y actualización de las Reglas Penitenciarias Europeas de 1987

⁶³ Art. 7, Reglas Penitenciarias Europeas.

a) Constitución española

La CE establece que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social⁶⁴.

De acuerdo con el art. 25.2 de la CE, “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. [...]. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”. Por todo ello le compete en especial a los poderes públicos la organización y tutelas de la salud pública, haciendo de dichos objetivos uno de los fines primordiales de la Institución Penitenciaria.

b) LOGP

Esta ley tiene mayor importancia, al constituirse como marco legal para el desarrollo de las estrategias y programas de intervención dirigidos a la consecución de la reeducación y reinserción social de internos drogodependientes. También reglamenta y normativiza el artículo 25 de la CE, expuesto anteriormente.

Especial relevancia tienen los artículos 36⁶⁵ y 37⁶⁶, ya que hacen referencia a las prestaciones sanitarias de los reclusos, las cuales deberán ser equiparables en todo lo posible a las recibidas por cualquier ciudadano en libertad. El art. 37.b se centra de forma expresa en los drogodependientes, manifestando la existencia en todos los centros penitenciarios una asistencia médica que incluya un espacio destinado a la observación

⁶⁴ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2.016. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf > [Visitado el 22 de diciembre de 2.017].

⁶⁵ Art. 36 LOGP: Uno. En cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un Ayudante Técnico Sanitario y se dispondrá de los servicios de un Médico Odontólogo y del personal auxiliar adecuado. Dos. Además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en caso de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios. Tres. Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las instituciones penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho.

⁶⁶ Art. 37 LOGP: Para la prestación de la asistencia sanitaria todos los establecimientos estarán dotados: a) De una enfermería, que contará con un número suficiente de camas, y estará provista del material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia e intervenciones dentales. b) De una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos. c) De una unidad para enfermos contagiosos.

psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos. Finalmente, en el art. 66 habla de la posibilidad de organizar programas basados en los principios de la Comunidad Terapéutica, programas que se van a tratar en este capítulo más adelante.

c) Reglamento Penitenciario

El RP⁶⁷ sistematiza la necesidad de programas y actividades orientadas a paliar las carencias, problemas y enfermedades que presentan los internos. Es por ello que desarrolla las normas en relación con los internos drogodependientes, plasmándolas en los artículos 114-117, 154, 156 y 182. Todos ellos tienen como base el principio de flexibilidad del art. 100.2 del RP. Este principio se concreta más en los arts. 117.1⁶⁸ y 182. En el primero de ellos se permite a los internos clasificados en segundo grado que presenten un perfil de baja peligrosidad social y que no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, que puedan acudir regularmente a realizar un programa concreto de atención especializada a una institución extrapenitenciaria, siempre que sea necesario para su reinserción social. En el segundo se permite que penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, sean asistidos en instituciones extrapenitenciarias.

En su art.116 establece que “todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabitación”. Además, añade que se podrán desarrollar programas específicos en diferentes áreas geográficas, para evitar el desarraigo social de los internos sometidos a los mismos.

⁶⁷ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, de Reglamento Penitenciario. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/legislacion/Reglamento_Penitenciario.pdf

⁶⁸ Art. 117.1 RP: Los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, podrán acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social.

d) Instrucciones penitenciarias

La intervención en materia de drogas en I.I.P.P. estuvo regulada por la Circular 5/95, de 15 de febrero⁶⁹ hasta la actualización de 2005, momento en el que fue sustituida por la Circular 17/2005 de 15 de diciembre⁷⁰.

En la actualidad rige la Instrucción 3/2011⁷¹, que establece las líneas generales que comprenden, por un lado, las medidas contra la introducción y tráfico de drogas o intervenciones de reducción de la oferta, y por otro, los programas dirigidos a la población penitenciaria o intervención sobre la demanda, señalando los procedimientos para la ejecución de los diversos programas de intervención, así como los equipos de trabajo para la coordinación y gestión de los mismos⁷².

Esta instrucción también desarrolla y concreta los programas de deshabituación y atención especializada que recogen los arts. 116 y 182 del RP, vistos con anterioridad. Expone que dichos programas son de carácter preventivo, de reducción de daños y riesgos, de deshabituación y de reincorporación social.

6.2. Programas y Modelos de intervención con drogodependientes

En este apartado voy a tratar a modo de introducción los distintos equipos para el desarrollo de los programas y la clasificación en los diferentes módulos. Seguidamente se abordaran los tipos de programas de intervención a los cuales pueden acceder los internos drogodependientes, así como los distintos pero semejantes modelos en los que pueden ser clasificados.

6.2.1. Introducción

A partir de 1981 con la promulgación del Reglamento Penitenciario⁷³ se introduce el tratamiento para las drogas en prisión, hasta entonces no recogido.

⁶⁹ Circular 5/95, de 15 de febrero, de la DGIP sobre Política Global de actuación en materia de drogas en IIPP. Disponible en <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/c48.pdf>>.

⁷⁰ Circular 17/2005, de 7 de julio, "Programas de intervención en materia de drogas en II.PP.". Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP), Ministerio del Interior. Disponible en <http://www.acaip.info/info/circulares/2005_17.pdf>.

⁷¹ SGIP: Instrucción 3/2011, Plan de intervención en materia de drogas en la institución penitenciaria. <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCircular es/I_03-2011.pdf>.

⁷² Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 7 de diciembre de 2017].

La prisión brinda una oportunidad para que las personas que consumen drogas, que la mayoría de casos son personas excluidas socialmente, que si no hubiesen entrado en prisión, no habrían ingresado en estos tratamientos.

Por ello debe aprovecharse tal oportunidad, ya que la adicción a las drogas ha de verse como un problema social que nos afecta a todos y en consecuencia actuar contra este consumo de ellas en prisión por tres motivos.

El primero de estos motivos hace referencia al fin que persigue el sistema penitenciario, que no es otro que la reinserción del individuo en la sociedad mediante el tratamiento individual especializado, ayudando a aliviar o eliminar los problemas de los internos como podría ser la drogodependencia. Esto puede deducirse de la legislación penitenciaria⁷⁴ en su art. 60⁷⁵.

El segundo motivo estaría relacionado con el número de presos que son drogodependientes en las cárceles españolas, por ello debe acentuarse la importancias de actuar contra las drogas en ellas.

Como último motivo tendríamos la obligación moral que existe de actuar sobre las personas drogodependientes, pero no siempre el personal de I.I.P.P puede hacerse cargo, por lo que suelen recibir la ayuda de asociaciones no lucrativas, regulada en la Instrucción 2/2012⁷⁶.

La realidad existente, como he mencionado anteriormente, es que el número de personas encarceladas por delitos conexos con el tráfico o consumo de drogas ha aumentado en los últimos años, por lo que I.I.P.P debe hacer frente a este problema mediante un tratamiento adaptado a las necesidades de estos internos.

Hay que volver a poner de manifiesto que la entrada en prisión ofrece una posibilidad de recuperarse mediante el tratamiento terapéutico, pudiendo ser su entrada en prisión una partida para terminar con su consumo de drogas. Esto solo es posible si el

⁷⁴ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP).

⁷⁵ LOGP, Título III, Art. 60: “*Los servicios encargados del tratamiento se esforzarán por conocer y tratar todas las peculiaridades de personalidad y ambiente del penado que puedan ser un obstáculo para las finalidades indicadas en el artículo anterior. Para ello, deberán utilizarse, en tanto sea posible, todos los métodos de tratamiento y los medios que, respetando siempre los derechos constitucionales no afectados por la condena, puedan facilitar la obtención de dichas finalidades*”.

⁷⁶ SGIP: Instrucción 2/2012, de 7 de junio, de Intervención de organizaciones no gubernamentales, asociaciones entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario.

interno es consciente de su situación de drogodependiente y voluntariamente acepta someterse al tratamiento.

Al hilo de lo anterior conviene saber una serie de necesidades del drogodependiente, que según la fundación Atenea en su publicación “La metodología de la comunidad terapéutica”⁷⁷ son: la necesidad de cambio; tiempo para cambiar; cambio positivo; acción para el cambio; y por último, aprender para poder cambiar. Necesidades que requieren de gran disciplina y responsabilidad del interno, consiguiendo cambios muy positivos.

6.2.2. Equipos de coordinación y gestión

Los equipos de coordinación y gestión están compuestos por tres tipos de equipos: el Equipo Sanitario, el Equipos Técnico-GAD, que es el Grupo de Atención al Drogodependiente, y la Comisión GAD. Estos equipos son los encargados del desarrollo de los programas de intervención en materia de drogodependencias en el centro penitenciario.

Para el desarrollo de los programas contarán además con la participación de las diferentes instituciones encargadas de la atención a las drogodependencias, así como de las ONGs.

a) Equipo Sanitario

El Equipo Sanitario del centro penitenciario es el encargado, en materia de drogodependencias, de desarrollar los programas específicos de intercambio de jeringuillas, de la prescripción y dispensa de metadona, y de la distribución de papel de aluminio. También lleva a cabo las intervenciones por sobredosis y la desintoxicación por sustancias de abuso⁷⁸.

Todo ello además de las actuaciones de prevención de enfermedades, promoción de la salud y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

⁷⁷ OLIVAR. A., "La educación social en la comunidad terapéutica y otros dispositivos residenciales: aspectos generales", *La metodología de la comunidad terapéutica*, Diciembre de 2010, p.198

⁷⁸ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Informe General 2016*. Pag 185. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf> [Visitado el 10 de diciembre de 2017].

b) Comisión GAD

La Comisión GAD la forman: el Director del centro penitenciario, el cual preside esta, el Subdirector Médico/Jefe de los Servicios Médicos, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de los Equipos Técnicos-GADs y los Coordinadores del resto de programas con internos drogodependientes. Además de estos, también pueden formar parte de ella, como es la mayoría de casos, los representantes del Plan Autonómico sobre Drogas y de otras Instituciones, Entidades y ONGs que intervienen en los programas con internos drogodependientes, y los profesionales de la Institución Penitenciaria que la Comisión GAD estime conveniente⁷⁹.

Las principales funciones de la Comisión GAD son de dirección y coordinación, entre las que destacan la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de programas preventivos, asistenciales y de reincorporación social del centro penitenciario⁸⁰.

c) Equipos Técnicos-GADs

Los Equipos Técnicos-GADs son equipos multidisciplinares, por lo que están compuestos por: médicos, psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Estos equipos pueden ser ampliados, bien de forma directa o efectuando la coordinación necesaria, con otros profesionales extrapenitenciarios.

El número de Equipos Técnicos-GADs varía en función del volumen de población en los centros penitenciarios. En centros cuyo volumen de población es bajo, un único equipo puede desarrollar todos los programas multidisciplinares, por el contrario en centros donde el volumen de población es elevado se precisa de varios Equipos específicos para el desarrollo de cada uno de los programas.

Estos Equipos realizan las funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinares. En cuanto a los programas de su competencia son los de prevención-educación para la salud, intervención psicosocial en el tratamiento con metadona, deshabitación y reincorporación social⁸¹.

⁷⁹ PERNAS RIAÑO, B., *Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*, Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, p. 46

⁸⁰ *Ibidem*, p. 47

⁸¹ <<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html> > [visitado el día 12 de diciembre de 2017].

6.2.3. Programas de prevención y tratamiento con drogodependientes

En este apartado se expone como durante los últimos años se han desarrollado en las cárceles españolas una serie de programas para ayudar a los internos drogodependientes. Los programas a tratar son: el programa de Prevención y Educación para la Salud, el programa de intercambio de jeringuillas (PIJS), programa de mantenimiento con metadona (PMM), programa de Deshabitación y el programa de Reincorporación Social.

a) Programa de Prevención y Educación para la Salud

Este programa tiene como objetivos mejorar la información sobre las drogas y sus efectos, evitando el inicio de su consumo o reduciendo este. También propiciar un estilo de vida saludable y dotar de competencias y habilidades para rechazar el consumo y favorecer una adecuada inserción social, así como reducir las conductas de riesgo.

Los encargados de llevar a cabo el desarrollo de este programa son los Equipos Técnicos-GADs, mediante la realización de diversas actividades como: talleres de consumo de menor riesgo, charlas informativas, prevención de sobredosis, elaboración de materiales escritos o la formación de mediadores en salud⁸².

La formación de mediadores en salud es una de las modalidades más eficaces y efectivas en las prisiones. Los objetivos residen en capacitar a grupos de internos como mediadores en la promoción de estilos de vida saludables, ejerciendo de una forma eficaz y efectiva el papel de agentes de salud, difundiendo información preventiva entre otros internos usuarios de drogas, buscando de igual modo la mejora de la salud y de la autoestima y cambios en las conductas de riesgo de los propios agentes de salud⁸³.

b) Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJS)

Este programa tiene “como finalidad reducir los daños y riesgos asociados al uso inyectado de drogas. Los programas de intercambio de jeringuillas buscan modificar las prácticas de riesgo directamente relacionadas con la inyección de drogas, sobre todo el

⁸² Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Informe General 2016*. Pag 195. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf> [Visitado el 15 de diciembre de 2017].

⁸³ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016. Pag 21. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 18 de diciembre de 2017].

uso compartido de jeringuillas”⁸⁴. El programa de intercambio de jeringuillas no tiene como objetivo tratar la dependencia de drogas, si no que su objetivo es preservar la salud y la vida de los consumidores de drogas por inyección, al hacer posible que puedan utilizar equipo de inyección estéril, evitando la adquisición y transmisión de enfermedades (como puede ser el VIH y la Hepatitis C como hemos mencionado antes) y la mejora de las condiciones de higiene personal en la población de Usuarios de Drogas Inyectadas (UDI).

Los encargados de llevar a cabo el desarrollo de este programa son los Equipos Sanitarios del propio centro, pudiendo coordinándose a través de la Comisión GAD con el resto de profesionales que actúan en los diferentes programas de salud y drogodependencias de la prisión. Los Equipos Sanitarios proveen a los usuarios de este programa de material de inyección estéril, y otro tipo de servicios, a cambio de la entrega de sus jeringuillas usadas con la finalidad de salvaguardar su salud y la de las personas con las que se relacionan⁸⁵.

Esta modalidad permite establecer contacto con consumidores activos por vía inyectada, facilitando de este modo la oferta de información sanitaria y se motiva para el acceso al resto de recursos de tratamiento existentes en el centro penitenciario, además de impulsar el abandono del hábito de compartir el material de inyección, y secundariamente, el abandono de esta vía de consumo.

Por lo que respecta al acceso al programa, este es libre y confidencial. Para garantizar la seguridad en los centros penitenciarios sólo se permite una jeringuilla por interno, identificable como propia del programa, encapsulada y dentro de una bolsa transparente precintada, podrá llevarla el interno/a consigo o tenerla en su celda en la parte superior de la taquilla, teniendo que advertir al funcionario/a de su posesión en caso de cacheo⁸⁶.

c) Programa de Tratamiento con Metadona

El Programa de Tratamiento con Metadona busca disminuir el consumo de drogas, evitar el consumo por vía intravenosa, mejorar el estado físico y mental y el descenso de la conflictividad. Este programa ha contribuido así a mejorar notablemente la calidad de

⁸⁴ PERNAS RIAÑO, B., *Op. Cit*, p. 69.

⁸⁵ PERNAS RIAÑO, B., *Op. Cit*, p. 70

⁸⁶ *Ibidem* 71

vida de los drogodependientes, al mejorar los problemas de salud, reducir el número de fallecimientos por causa de la toxicomanía, y reducir el número de infectados por el VIH y VHC⁸⁷.

Atendiendo a las particularidades de las personas se pueden constituir dos modalidades, que son: por un lado el Programa de prescripción y dispensación de metadona, y por otro el Programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona.

a) Programa de prescripción y dispensación de metadona

Esta modalidad tiene como objetivos principales el control del consumo activo, la vía parental y el deterioro físico, psíquico y social. El desarrollo de esta modalidad es llevada a cabo por los Equipos Sanitarios de los Centros Penitenciarios, cuya intervención consiste en la administración de metadona a los internos consumidores activos o con deterioro psicofísico.

b) Programa de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona

Este tipo de programa, además de la dispensación de metadona, pretende mejorar la competencia psicológica y social de los internos en tratamiento con metadona, permitiendo la adaptación social y laboral, y la normalización e integración social. Este tipo de modalidad requiera de un grupo más especializado para su desarrollo, por lo que es el Equipo Técnico – GAD quien se encarga de llevarlo a cabo.

Para la inclusión en este tratamiento solo se requiere el previo diagnóstico confirmando la dependencia a opiáceos, así establecido por los Reales Decretos 75/1990 y 5/1996. Después de tener el diagnóstico el interno firma un consentimiento informado donde se le explica la finalidad del tratamiento, además de sus riesgos y consecuencias.

A fin de mejorar y continuar el tratamiento si se produce un traslado o la excarcelación del interno, se produce la comunicación y coordinación necesaria, para que ese interno, ya sea con el centro de llegada o con un centro de tratamiento comunitario, continúe el tratamiento al que venía sometiéndose.

⁸⁷ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016.. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 21 de diciembre de 2017].

d) Programa de Deshabitación

En este programa se pretende conseguir periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social⁸⁸. También se facilita alcanzar elementos, estrategias terapéuticas y pautas de conducta que hagan posible la normalización e integración social.

El desarrollo de este programa es llevado a cabo por los Equipos Técnicos-GADs, abarcando actividades terapéuticas individuales y grupales trabajando diferentes áreas: apoyo psicológico, educación para la salud, mejora de la asertividad, técnicas de reducción de ansiedad, mejora de autoestima, resolución de conflictos, habilidades sociales, prevención de recaídas y trabajo con familias. La intervención se complementa con actividades educativas, deportivas, de formación profesional-ocupacional y de inserción social y laboral. En función de las características y necesidades de la población interna y de las posibilidades arquitectónicas del centro penitenciario, el programa de deshabitación se desarrolla de forma ambulatoria, en centro de día y en módulo terapéutico⁸⁹. Los Equipos Técnico-GADs también se encargan de decidir que reclusos son incluidos y cuales han de ser expulsados de este programa, una vez se efectúe la valoración por parte de estos.

Para tener un buen control de la abstinencia o el consumo de drogas por parte del interno, es pertinente la realización de analíticas de orina, con la periodicidad y atendiendo a las circunstancias que los profesionales establezcan. Los resultados de estas pruebas serán confidenciales entre los internos y los profesionales que las realizan.

Por lo que respecta a la forma de desarrollo de este programa hay que atender a las características y necesidades de la población interna, pudiendo desarrollarse de forma ambulatoria, en centro de día y en modulo terapéutico. Los internos que se encuentran en este programa pueden acceder a las actividades propuestas existiendo diferentes grados de participación. Los internos pueden pasar por el programa ambulatorio centro de día como fase previa al programa en modulo terapéutico.

⁸⁸ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Informe General 2016*. Pag 197. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf> [Visitado el 26 de diciembre de 2017].

⁸⁹ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Informe General 2016*. Pag 198. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf> [Visitado el 26 de diciembre de 2017].

A fin de mejorar y continuar el tratamiento si se produce un traslado o la excarcelación del interno, se produce la comunicación y coordinación necesaria, para que ese interno, ya sea con el centro de llegada o con un centro de tratamiento comunitario, continúe el tratamiento al que venía sometido.

e) Programa de Reinserción Social

Tiene como objetivos la adquisición y desarrollo de instrumentos, actitudes y habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral, para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad⁹⁰.

Los Equipos Técnicos-GADs, junto con el Equipo Sanitario, serán los encargados de la preparación para la salida y reincorporación social de los internos, mediante: salidas diarias para trabajar o para tratamiento, programas de preparación para los permisos y para la libertad, derivación a cumplimiento en unidades terapéuticas extrapenitenciarias, y clasificación en tercer grado y cumplimiento en centros abiertos.

Como en todos los programas que he tratado anteriormente es necesaria la colaboración de manera coordinada de todos los profesionales para la continuación del proceso terapéutico. Por ello las asociaciones, entidades y los recursos asistenciales de los Servicios Autonómicos de Salud, Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas y de los Servicios Sociales trabajan de forma coordinada, pudiendo así conseguir una unión entre las actuaciones, evitando romper en el proceso terapéutico, garantizando la continuación de la intervención terapéutica y obtener una reincorporación dinámica y positiva⁹¹.

6.2.4. Modalidades de intervención

En este apartado se van a tratar los dos tipos de modalidades de intervención bajo los que pueden desarrollarse los programas de intervención anteriormente examinados. Estas modalidades son: ambulatoria/centro de día y módulos terapéuticos.

⁹⁰<<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html> > [visitado el día 27 de diciembre de 2017].

⁹¹ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016. Pag 33. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 26 de diciembre de 2017].

a) Intervención ambulatoria/centro de día

Se destinan espacios adecuados para que los profesionales puedan desarrollar las actividades terapéuticas con los internos incluidos en los distintos programas. Estos espacios pueden ubicarse en cada módulo (intervención ambulatoria) o en una dependencia centralizada con diversas salas o despachos (centro de día).

Los internos pueden pasar por el programa ambulatorio/centro de día como fase previa al programa en módulo terapéutico y como fase de expulsión temporal de los mismo⁹².

b) Intervención en Módulos Terapéuticos

La intervención en Módulos Terapéutico se lleva a cabo en centros penitenciarios con estructura modular, pudiendo destinar uno o más módulos a internos que se encuentren en programas de intervención de drogodependencias. Con ello se busca lograr un espacio libre de las interferencias que generan la droga y su entorno para provocar cambios en los hábitos y aptitudes de los internos de modo que puedan continuar su tratamiento en los diversos recursos terapéuticos comunitarios.

En cuanto a la inclusión en el módulo terapéutico es decisión del Equipo Técnico-GAD responsable del programa correspondiente. A estos módulos podrán acceder tanto internos drogodependientes, como internos no drogodependientes cuando existo un riesgo elevado de desarrollar alguna drogodependencia, proporcionando a los internos una atención completa y personalizada, desarrollando gran parte de las actividades del programa en el interior del módulo, evitando así el contacto con el resto de población reclusa.

Un aspecto fundamental es el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, enfatizando principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral. Se considera básica, dentro de las posibilidades individuales, la orientación y derivación del interno hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral. Los ejes de la intervención son los grupos terapéuticos y el ambiente en el módulo, para estimular y

⁹² SGIP: Instrucción 3/2011, Plan de intervención en materia de drogas en la institución penitenciaria. Pag 29<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_03-2011.pdf>.

recompensar los avances, que se reflejan en ir adquiriendo mayores niveles de responsabilidad⁹³.

En función de la composición del Equipo multidisciplinar, las características de la población del módulo y la metodología de la intervención, pueden establecerse diversas modalidades:

a) Unidad Terapéutica y Educativa (UTE)

El programa se encuentra regulado en la Instrucción de la SGII 9/2014 de 14 de julio, recoge la Organización y funcionamiento de las unidades terapéutico-educativas (UTE)⁹⁴. Está compuesta por los grupos terapéuticos de internos y un equipo multidisciplinar formado por profesionales del IIPP. En este módulo se admiten tanto a internos drogodependientes como a internos no drogodependientes.

En la actualidad cuentan con este modelo 24 centros penitenciarios, en los cuales se incluía una población de 2.025 varones y 77 mujeres, distribuidos en 33 módulos UTE.

b) Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria

Este módulo terapéutico parte de la base del artículo 66 de la Ley Orgánica General Penitenciaria y el artículo 115 del Reglamento Penitenciario, por lo que la Junta de Tratamiento propia y específica de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria se responsabiliza también de las funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria.

El equipo terapéutico está formado por profesionales de Instituciones Penitenciarias y en algunos casos por voluntarios especializados de ONG's, el programa, a diferencia de la UTE, acoge exclusivamente a internos drogodependientes.

La metodología de intervención y las normas de funcionamiento vienen recogidas en el Documento nº6 de la SGII⁹⁵, orientando en la creación y desarrollo a aquellos centros penitenciarios que pongan en marcha este tipo de módulos. Actualmente está implantada en 6 centros.

⁹³ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016. Pag 33. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 1 de enero de 2018].

⁹⁴ SGIP: Instrucción 9/2014, de 14 de julio, Organización y funcionamiento de las Unidades Terapéutico-Educativas (UTE).

⁹⁵ Documento nº6 SGIP

c) Modulo Terapéutico de Drogodependientes

Al igual que la Comunidad Terapéutica es un módulo destinado exclusivamente a internos drogodependientes pero a diferencia de este, solo en régimen ordinario.

El equipo terapéutico está formado por profesionales de Instituciones Penitenciarias y en algunos casos por voluntarios especializados de ONG's. En la actualidad se encuentra funcionando en 9 centros.

d) Modulo mixto

En este módulo se da la particularidad de que los internos drogodependientes en programa de recuperación conviven con otros internos de diferentes perfiles como: enfermos mentales, discapacitados e internos sin patología.

El equipo de profesionales que dirigen este modelo lo forman voluntarios de ONG's conjuntamente con profesionales de Instituciones Penitenciarias. Esta modalidad funciona en 5 centros penitenciarios.

6.3. Problemas de la droga en prisión

En este capítulo se van a tratar tres de los mayores problemas de la droga en prisión: el primero es el consumo de esta, el segundo y fuertemente ligado a este son las enfermedades que padecen las personas que las consumen y el tercero es el riesgo elevado de sobredosis.

6.3.1. Consumo

El consumo de drogas es un problema existente y reconocido por IIPP. El centro penitenciario es un lugar que puede favorecer el consumo de drogas o incluso provocar que algunas personas inicien este una vez dentro.

La iniciación en el consumo de drogas una vez dentro del penal puede deberse a la falta de actividades de ocio, a lo que se añade el estado de ansiedad y nerviosismo, pudiendo dar lugar a este consumo para así poder evadirse de la realidad que les rodea, siendo el cannabis la droga más consumida por los reclusos⁹⁶.

Los presos drogodependientes que ingresan en prisión normalmente son politoxicómanos, aunque consuman de forma preferente su droga principal. Una vez

⁹⁶ MANZANOS BILBAO, C.: "Violencia, Salud y Drogas en prisión", *La prisión en España: Una perspectiva criminológica*, Ed. Comares, 2007, 135-156 pp.

dentro su consumo se ve reducido debido a la escasa disponibilidad de sustancias tóxicas en prisión y a la intervención terapéutica proporcionada desde los distintos programas tratados anteriormente.

Mayor trascendencia tiene el consumo por vía intravenosa, ya que los problemas derivados de esta pueden llegar a ser muy graves, e incluso comprometer la supervivencia, como son las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por el Virus de la Hepatitis C (VHC). También son frecuentes otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como son la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, así como problemas dermatológicos, odontológicos y carenciales⁹⁷.

6.3.2. *Enfermedades infecciosas: VIH y Hepatitis C*

Otro de los problemas que generan las drogas son las enfermedades infecciosas de las que destacamos el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la Hepatitis C.

La infección por el VIH y el sida en los centros penitenciarios presentan unas características especiales debido a la elevada prevalencia de consumidores de drogas por vía intravenosa, entre consumidores antiguos y nuevos. En nuestro país, la vía principal de contagio es a través de las jeringuillas y agujas que comparten estos consumidores. En prisión, aproximadamente la mitad de las personas que ingresan son consumidores, además esta población penitenciaria es una población joven, con un elevado porcentaje de drogadictos⁹⁸.

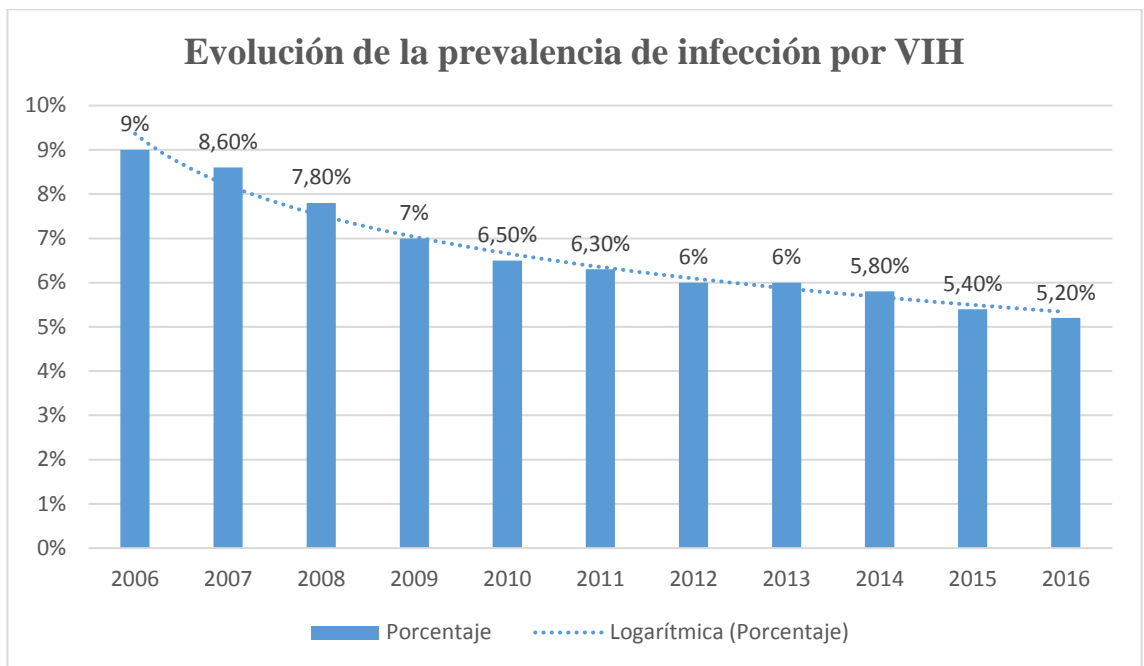
En la última década se ha experimentado un descenso de la población reclusa enferma de VIH, esto se ha debido a los programas de intervención y reducción de daños que desde I.I.P.P se han realizado⁹⁹. Atendiendo sobre todo a: programas de prevención y educación para la salud, el programa de intercambio de jeringuillas o el programa de tratamiento con metadona entre otros.

⁹⁷ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016. Pag 11. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 1 de enero de 2018].

⁹⁸ CLEMENTE MILLANA, Luis, “Deterioro neuropsicológico en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en una población penitenciaria”, *Premio Nacional Victoria Kent*, 2004, pp. 110-113.

⁹⁹ SGIP: Instrucción 3/2011, Plan de intervención en materia de drogas en la institución penitenciaria. Pag 33<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_03-2011.pdf>.

En este grafico se observa como la infección por VIH comienza a estabilizarse en los últimos años.

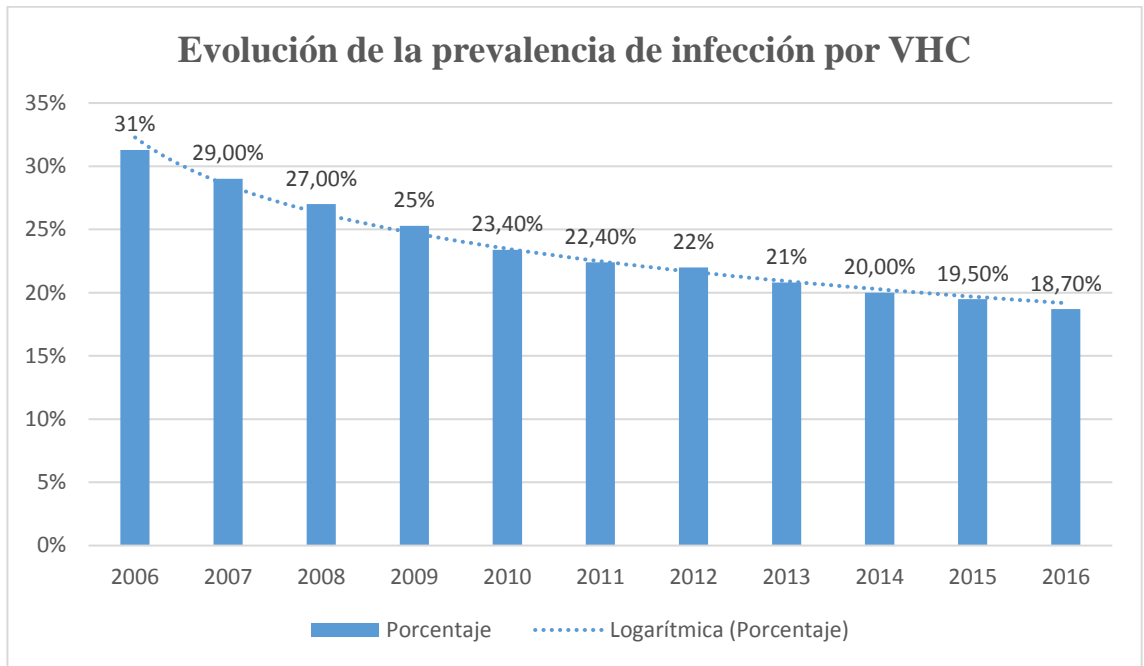


Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del portal estadístico de la SGIP y de los “*Informes Generales de 2006-2016 SGIP*”.

A pesar de los avances tanto en la medicina como en los sistemas penitenciarios se siguen dando casos de fallecimientos por SIDA bajo custodia de II.PP, durante el año 2016 fallecieron 6 pacientes.

En cuanto a la Hepatitis C, sigue el mismo curso que el VIH produciéndose también un descenso considerable en la última década, situándose en 2016 por debajo del 20 %, respecto del año 2006 donde se encontraba en un 31,3 %¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Vid. CEREZO DOMINGUEZ, A.I. y ARENAS GARCIA, L., *Estudio longitudinal...*, pp. 21 y 22.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del portal estadístico de la SGIP y de los “*Informes Generales de 2006-2016 SGIP*”.

6.3.3. Riesgo de sobredosis

Otro problema muy importante es el fallecimiento por sobredosis. A pesar de que la mayor parte de los consumidores reducen significativamente el consumo de drogas gracias a las medidas que se adoptan para impedir la entrada de drogas y de la extensión a todas las prisiones de los programas de tratamiento de la dependencia de drogas, desde los de deshabitación a los de metadona, algunos drogodependientes consumen dentro del centro penitenciario algún tipo de droga. Se ha constatado que recaer en el consumo de heroína tras un periodo de abstinencia, en particular después de un tratamiento de deshabitación o a la salida de prisión por algún permiso o la libertad condicional, tiene un importante riesgo de sobredosis.

Durante los periodos de abstinencia, los drogodependientes pierden la tolerancia a las drogas de consumo habitual, algo que tal vez desconocen o pasan por alto, entrando en sobredosis que puede tener consecuencias nefastas, por la morbilidad y mortalidad asociada. Otros factores de riesgo de sobredosis son el consumo de varias drogas diferentes que se potencian (por ej. opiáceos y benzodiacepinas junto a alcohol) y el

consumo de metadona ilegal, no prescrita. La tasa de mortalidad por sobredosis oscila entre 0,44 y 0,93 por 1000 internos y año¹⁰¹.

La instrucción 10/2014, que regula el Programa de Actuación en Sobredosis¹⁰², pretende dar respuesta a este problema, por un lado, mediante la lucha contra la introducción y tráfico de drogas o intervenciones para reducir la oferta, y por otro lado, mediante programas dirigidos a la población penitenciarias o intervenciones sobre la demanda, que se desarrollan en la instrucción 3/2011.

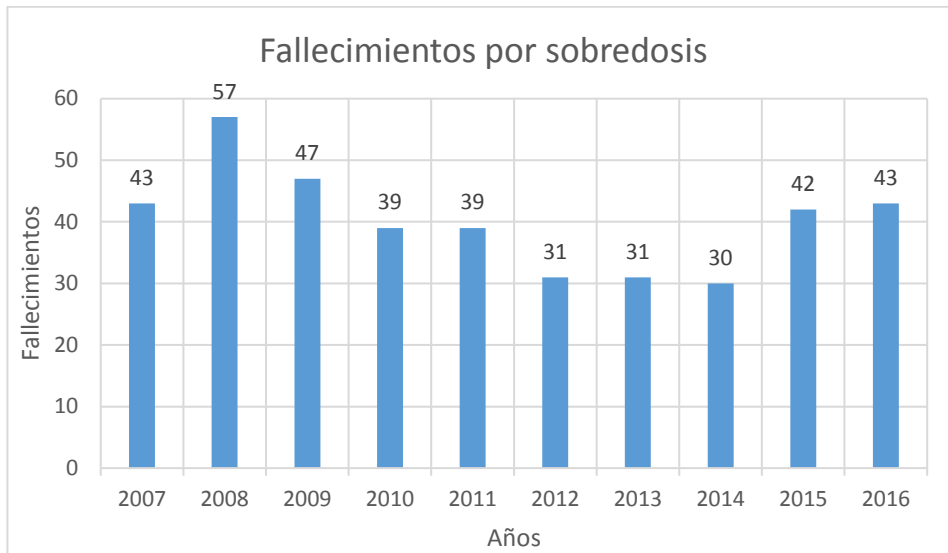
El objetivo principal de este programa es evitar episodios de sobredosis por consumo de sustancias psicoactivas en las personas ingresadas en prisión y en las que son excarceladas con motivo de permiso de salida o libertad, así como evitar fallecimientos en los casos en que se produzcan. Para ello se encargan de: Mejorar la información sobre las drogas y la sobredosis, tanto dentro como fuera de prisión; Incluir en los diversos programas a los consumidores activos y a aquellos que hayan sufrido episodios de sobredosis; Valorar el riesgo de sobredosis y reducirlos; Derivar a centros de tratamiento comunitarios a drogodependientes en tercer grado o excarcelados; Observación y vigilancia de aquellos internos que sufran un episodio de sobredosis.

A pesar de todo ello, desde 2007 a marzo de 2017 se han notificado al Registro de Mortalidad de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria 402 fallecimientos, ocurridos en los centros penitenciarios, hospitales y en permisos de salida.

El siguiente gráfico muestra el estudio longitudinal de la mortalidad por reacción adverso a las drogas de 2007 a marzo de 2017.

¹⁰¹ Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2016. Pag 11. Disponible en < http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf> [Visitado el 7 de enero de 2018].

¹⁰² SGIP: Instrucción 10/2014, Programa de actuación en sobredosis.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del portal estadístico de la SGIP y de los “*Informes Generales de 2007-2016 SGIP*”.

7. MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN IBEROAMÉRICA

En Iberoamérica cometer un delito siendo madres conlleva un enorme sufrimiento, bien sea por abandonar a su hijos al entrar a prisión o por tenerlos presos con ellas, en condiciones deplorables y sin acceso a buenos servicios de salud, alimentación y guarderías a cargo de especialistas. Buena parte de las legislaciones latinoamericanas autorizan la entrada en prisión de los hijos con sus madres hasta los 3 o 4 años de edad. En el caso de Colombia, hay que atender al régimen diferenciado que establece el artículo 18 de la Ley 1709 de 2014 que modifica el artículo 26 de la Ley 65 de 1993, el cual quedará así: *“Artículo 26. Establecimientos de reclusión de mujeres. Las cárceles de mujeres son los establecimientos destinados para la detención preventiva de las mujeres procesadas. Su construcción se hará conforme a lo establecido en el artículo 17 de la Ley 65 de 1993. Las penitenciarías de mujeres son los establecimientos destinados para el cumplimiento de la pena impuesta a mujeres condenadas. Estos establecimientos deberán contar con una infraestructura que garantice a las mujeres gestantes, sindicadas o condenadas, un adecuado desarrollo del embarazo. Igualmente deberán contar con un ambiente propicio para madres lactantes que propenda al correcto desarrollo psicosocial de los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres”*.

7.1. El narcotráfico como delito femenino

Tema importante es el de la sobrerrepresentación de mujeres detenidas por narcotráfico, al punto que, de los delitos por los que se llega a la cárcel, este es de dominio femenino. Es decir que, aunque en términos absolutos haya más hombres que mujeres detenidos por narcotráfico, proporcionalmente es mayor el número de mujeres privadas de la libertad por este delito. Las mujeres sindicadas o condenadas por narcotráfico han aumentado notablemente durante las últimas dos décadas en todo el mundo y especialmente en América Latina.

En Colombia, el número de mujeres condenadas por narcotráfico ha aumentado un 206,6% durante la última década, mientras que el de los hombres se ha incrementado en un 187,3%, una cifra de todas formas impresionante (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario [INPEC], 2013).

7.2. Perfil de la mujer presa por tráfico de drogas

El bajo nivel cultural es un aspecto muy importante, ya que no les permite acceder a empleos formales, esto tiene una gran repercusión en las mujeres encarceladas. Debido a su condición económica y social y su rol de mujer y madre decidieron realizar conductas delictivas como el tráfico de drogas entre otros.

La edad de la mujer está comprendida entre 26 y 54 años, incrementándose en los últimos años.

La situación familiar de la mujer en la mayoría de casos es de cabeza de familia y tienen hijos menores. Otra situación todavía más vulnerable es la de las mujeres lactantes y con hijos menores de 3 años, quienes se encuentran reclusos con ellas. Este colectivo precisa de una mayor atención médica y asistencial que nos siempre se ve satisfecha correctamente, generando un impacto negativo en el desarrollo y bienestar de los menores.

En sus obras sobre mujeres encarceladas, tanto Rosa Del Olmo¹⁰³, como Carmen Antony¹⁰⁴ muestran como el entorno social y familiar en el que han vivido las reclusas desde pequeñas son aspectos fundamentales a la hora de entender las causas que les llevan a delinquir.

El delito más cometido por las mujeres en América Latina es el tráfico de drogas. En Colombia, por ejemplo, la mitad de la población reclusa femenina está encarcelada por este delito, mientras que el porcentaje de hombres es del 18%, siendo considerablemente menor que el de mujeres. Suelen ser mulas y expendedoras, ya que la mujer ocupa los escalafones más bajos. Llama la atención la pobreza y situación de exclusión de estas antes de entrar en prisión, metiéndose en esto para poder subsistir con mayor facilidad, ya que se encuentran en la gran mayoría de casos en una situación muy precaria.

¹⁰³ Vid. DEL OLMO, R., "Reclusión de mujeres por delitos de drogas. Reflexiones Iniciales", en *Revista Española de Drogodependencias*, 1996, disponible en: <http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/esp/Mujer/venezuel.pdf>.

¹⁰⁴ Vid. ANTONY, C. (2005), "Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina". *Revista Nueva Sociedad*, n° 208, marzo-abril 2007, disponible en: <<http://bdigital.binal.ac.pa/bdp/artpma/mujeres%20delincuentes.pdf>>.

El encarcelamiento de estas mujeres no les afecta solo a ellas, sino también a su familia, hijos y dependientes, ya que en la gran mayoría de casos estos se quedan desprotegidos económica y socialmente.

En cuanto a los correos humanos o más conocidas como mulas, estas llevan la droga escondida en maletas o incluso en algunos casos la llevan en su propio cuerpo. Aquí el perfil es más variado pudiendo ir desde una persona pobre a una de clase media, o desde una persona sin estudios a una con estudios universitarios. Esta forma delictiva es la más común entre internas extranjeras. Como un dato curioso las organizaciones muchas veces mandan a personas como cebo humano, para que otra con mayor cantidad de droga pase.

Las mafias muchas veces engañan, amenazan o intimidan tanto a hombres como a mujeres para que estos transporten la droga. Como dijimos antes quien comete estos delitos se encuentra en el último eslabón de la cadena por lo que sus detenciones no afectan a los narcotraficantes. También nos encontramos con casos de mujeres narcotraficantes, pero esto son casos muy aislados, ya que como dijimos la mujer ocupa los puestos más bajos de la cadena.

Otro caso aunque en menor medida es el de la aguacateras¹⁰⁵, en este caso transportan la droga a la cárcel para algún familiar, que en la gran mayoría de casos se trata de su marido, pero en ocasiones estas aguacateras lo consideran un trabajo, jugándose penas de cárcel muy elevadas en comparación con la irrisoria recompensa que reciben. Una afirmación que sorprende es la que hace en el artículo mujeres delito de drogas: “Es importante no perder de vista que las drogas que entran a los reclusorios son introducidas mayoritariamente por el personal de seguridad y custodia de los centros, quienes generalmente gozan de impunidad”¹⁰⁶.

La mayoría de la legislación los países de la región no hace la diferencia entre grados de participación e involucramiento de las mujeres en el delito, y ellas reciben condenas muy altas¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Se les da este nombre a las mujeres que se insertan la droga vía vaginal, de tal modo que las drogas están envueltas formando un bulto parecido a un aguacate.

¹⁰⁶ Documento informativo del IDPC: “Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina”, en *International Drug Policy Consortium (IDPC)*, Corina Giacomello, Octubre de 2013, P.8.

¹⁰⁷ BOITEUX, L., *Mujeres y encarcelamiento por delitos de drogas*, Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, CEDD, p.5.

Para el tratamiento de las mujeres delincuentes hay que atender a las Reglas de Bangkok, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2010¹⁰⁸. Atienden directamente a los problemas y necesidades de las mujeres en prisión.

Hay que destacar la falta de centros propios para mujeres, muchas viven en cárceles propias para hombres, lo que genera una falta en mayor medida de oportunidades educativas, laborales y de capacidad. Consecuencia de esto las mujeres son internadas en centros penitenciarios muy alejados de sus casas, por lo que afecta a sus relaciones con sus familias. Otra consecuencia es que son alojadas en secciones o pabellones de centros para hombres. Generando como hemos dicho menores oportunidades.

Respecto a la salud e higiene se viene vulnerando la regla 5 de las Reglas de Bangkok¹⁰⁹, ya que como señala la guía de Penal Reform International, Asociación para Prevenir la Tortura, la Unión Europea y UK Aid sobre mujeres privadas de la libertad, en las cárceles no se dan servicios adecuados de higiene y salud, no proporcionándose toallas sanitarias, no teniendo servicios adecuados para el cáncer de mama, para la menopausia, etc.

En cuanto a las actividades laborales son muy pocas las ofertadas para estas, generando una imposibilidad de su integración en la economía después de salir del penal.

Por ultimo respecto a este tema al encontrarse en un penal no construido para tal efecto, son muy deficientes los servicios de guarderías para los casos en los que los hijos viven con sus madres en el penal. Por lo que se estaría vulnerando la Regla n°4¹¹⁰.

¹⁰⁸“Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)”, Resolución 65/229 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Distr. general 16 de marzo de 2011, Sexagésimo quinto período de sesiones.

¹⁰⁹ Regla n° 5 de las Reglas de Bangkok: “Los recintos destinados al alojamiento de las reclusas deberán contar con los medios y artículos necesarios para satisfacer las necesidades de higiene propias de su género, incluidas toallas sanitarias gratuitas y el suministro permanente de agua para el cuidado personal de niños y mujeres, en particular las que cocinen, las embarazadas y las que se encuentren en período de lactancia o menstruación.”

¹¹⁰ Regla n° 4 de las Reglas de Bangkok: “En la medida de lo posible, las reclusas serán enviadas a centros de reclusión cercanos a su hogar o sus centros de rehabilitación social, teniendo presentes sus responsabilidades de cuidado de otras personas, así como sus preferencias y la disponibilidad de programas y servicios apropiados”.

8. TRATAMIENTO PENITENCIARIO

En este capítulo se va a llevar a cabo el estudio de la clasificación penitenciaria que se hace a los presos en cada uno de los países elegidos para el trabajo, además se van a exponer una serie de beneficios penitenciarios de los que son excluidos las personas detenidas por la comisión de delitos relacionados con drogas.

8.1. Clasificación penitenciaria

8.1.1. España

Los presos detenidos por delitos de drogas no tienen un tratamiento especial, por lo que su clasificación será igual que la del resto de penados por otros delitos. En la mayoría de casos suelen ser clasificados en segundo grado ya que suelen ser personas que no suponen peligrosidad excesiva.

“Para la individualización del tratamiento, tras la adecuada observación de cada penado, se realizará su clasificación, destinándose al establecimiento cuyo régimen sea más adecuado al tratamiento que se le haya señalado y, en su caso, al grupo o sección más idónea dentro de aquél (arts. 63 Ley Orgánica General Penitenciaria y 102 Reglamento Penitenciario). Serán clasificados en segundo grado los penados en quienes concurren unas circunstancias personales y penitenciarias de normal convivencia, pero sin capacidad para vivir por el momento en semilibertad. La clasificación en tercer grado se aplica a los internos que sí tengan esa capacidad. Y en primer grado a los internos calificados de peligrosidad extrema o inadaptación manifiesta y grave a las normas generales de convivencia ordenada.

Los grados segundo y tercero de tratamiento corresponden respectivamente a los regímenes ordinario (arts. 76 y ss. y 101 RP) y abierto (arts. 80 y ss. y 101 RP), siendo el primer grado la clasificación que conlleva el régimen cerrado (arts. 10 LOGP y 89 y ss. y 101 RP) en su modalidad común o en la más restrictiva del Departamento especial. Hasta la aparición de la Ley Orgánica 7/2003, de cumplimiento íntegro y efectivo de las penas, la LOGP, en virtud del sistema de individualización científica, permitía el paso de un interno inicialmente a otro grado superior, a excepción de la libertad condicional (art. 72.3 LOGP). Tras la reforma surge un sistema mixto, de menor recorrido, que exige en materia de clasificación, para el paso al tercer grado y para penas superiores a cinco años, el cumplimiento de la mitad de la condena (art. 36 CP), únicamente salvado por la vía del

artículo 100.2 RP, que introduce el principio de flexibilidad y permite combinar aspectos característicos de cada uno de los grados.

La competencia para ordenar los traslados y desplazamientos, la clasificación y destino de los reclusos en los distintos establecimientos penitenciarios la tiene la DGIIPP, sin perjuicio de las atribuciones de los JVP en materia de clasificación por vía de recursos (art. 31 RP). En todo caso, tales desplazamientos han de hacerse de manera que se respete la dignidad y derechos de los internos y se garantice la seguridad de su conducción (art. 36 RP)”¹¹¹.

8.1.2. Colombia

Al igual que ocurre en España, en Colombia no existe para los presos detenidos por delitos de drogas un tratamiento especial por lo que reciben el tratamiento que el resto de presos.

La finalidad del tratamiento penitenciario en Colombia pretende alcanzar la resocialización del delincuente, mediante “(...) *el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario*” (art. 10 Código Penitenciario Colombia)¹¹².

Este tratamiento penitenciario debe realizarse acorde a la dignidad humana y a las necesidades propias de la personalidad de cada individuo. Se lleva a cabo a través de “la educación, la instrucción, el trabajo, la actividad cultural, recreativa y deportiva y las relaciones de familia”, basándose en el estudio científico de la personalidad del interno de forma progresiva, programada e individualizada (art. 143 Código Penitenciario Colombiano).

El sistema del tratamiento progresivo colombiano está compuesto por cinco fases: 1- Observación, diagnóstico y clasificación del interno, esta clasificación se ha de llevar a cabo partiendo de la base del art. 63 del Código penitenciario colombiano, por el cual “*los internos en los centros de reclusión, serán separados por categorías, atendiendo a*

¹¹¹ FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN (Escobar Roca, G. Dir.): Sistema penitenciario. V informe de Derechos Humanos. Trama Editorial, 2007, p. 229.

¹¹² Ley 65 de 1993, de 19 de agosto, por la que se expide el Código Penitenciario y Carcelario de Colombia. Disponible en: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/INPEC%20INSTITUCION/INPEC_HOY/LEYES/LEY%2065%20DE%201993.pdf> [visitado el día 1 de Junio].

su sexo, edad, naturaleza del hecho punible, personalidad, antecedentes y condiciones de salud física y mental. Los detenidos estarán separados de los condenados, de acuerdo con su fase de tratamiento; los hombres de las mujeres, los primarios de los reincidentes, los jóvenes de los adultos, los enfermos de los que puedan someterse al régimen normal. La clasificación de los internos por categorías, se hará por las mismas juntas de distribución de patios y asignación de celdas y para estos efectos se considerarán no sólo las pautas aquí expresadas, sino la personalidad del sujeto, sus antecedentes y conducta”; 2- Alta seguridad que comprende el periodo cerrado; 3- Mediana seguridad que contiene el periodo semiabierto; 4- Mínima seguridad o periodo abierto 5- De confianza, que concuerda con la libertad condicional (art. 144 Código Penitenciario colombiano).

8.1.3. Perú

En Perú, al igual que ocurre en España y Colombia, no existe un tratamiento especial para los presos detenidos por delitos de drogas.

El tratamiento penitenciario en Perú tiene como objetivo primordial “(...) *la reeducación, rehabilitación y reincorporación del interno a la sociedad*” (art. 139 Constitución Política de Perú¹¹³ y art. 60 CEPP).

Para la individualización del tratamiento, se realiza un estudio integral de cada interno mediante “(...) *la observación y los exámenes que correspondan, a efecto de formular el diagnóstico y pronóstico criminológico*” (art. 62 CEPP). Tras la adecuada observación de cada penado, se procede a su clasificación “(...) *en grupos homogéneos diferenciados, en el Establecimiento Penitenciario o sección del mismo que le corresponda, determinándose el programa de tratamiento individualizado*” (art. 63 CEPP).

Serán clasificados de forma continua en función de su conducta en dos categorías que serían: 1- fácilmente readaptable y 2- difícilmente readaptable (art 64 CEPP). A diferencia de España, Perú no cuenta con una clasificación en grados penitenciarios; no obstante los presos en base a su readaptación deberán ser clasificados en los distintos regímenes penitenciarios. A saber: 1- Régimen cerrado; 2- Régimen semiabierto; 3-

¹¹³ Constitución Política de Perú de 1993, en vigor desde el 31 de diciembre de 1993, disponible en: <http://www.derecho.usmp.edu.pe/instituto/Investigaciones_Centros/Constitucion%20Concordada,%20Sumillada%20y%20Anotada%20con%20la%20jurisprudencia%20del%20TC.pdf>.

Régimen abierto en virtud del art. 57 del Reglamento del Código de Ejecución Penal de Perú (RCEPP)¹¹⁴. El Régimen cerrado está dividido a su vez en Régimen Cerrado Ordinario y Régimen Cerrado Especial (art. 58 RCEPP).

8.2. Prohibición de beneficios penitenciarios

En el estudio de los países presentes en el trabajo, hay que resaltar que existen internos que en base al delito cometido no pueden acceder a ciertos beneficios penitenciarios, esto les supone tener que cumplir la totalidad de la pena sin poder acortarla con estos beneficios. El delito de tráfico de drogas es uno de estos delitos que no permite acceder a determinados beneficios, aunque la gran mayoría de internos que cometen estos delitos no suponen un peligro extremo, al ser los eslabones más bajos de la cadena como ya hemos visto a lo largo del trabajo, el penal los clasifica como personas peligrosas con tendencia a fugarse o a alterar el orden interno.

En España los internos por delitos de drogas pueden acceder a todos y cada uno de los beneficios penitenciarios, ya que no existe ninguna norma que se lo impida. En cambio, tanto en Colombia como en Perú, estos internos no pueden acceder a muchos de los beneficios penitenciarios a los que sí tienen accesos los presos españoles por los mismos delitos.

8.2.1. Colombia

En Colombia nos encontramos con una prohibición casi total, impuesta por el art.68 del Código Penal Colombiano modificado por el art. 32 de la Ley 1709, que dice: *“No se concederán; la suspensión condicional de la ejecución de la pena; la prisión domiciliaria como sustitutiva de la prisión; ni habrá lugar a ningún otro beneficio, judicial o administrativo.....a quienes hayan sido condenados por delitos relacionados con el tráfico de estupefacientes y otras infracciones”*. El segundo párrafo de este artículo prevé una excepción por la que se excluye de la aplicación de este artículo la libertad condicional, prevista en el art. 64 de este Código.

También nos encontramos con otra prohibición, prevista en el art. 1 del Decreto 177, 24 de enero de 2008¹¹⁵, por la que se prohíbe al Juez de Ejecución de Penas y

¹¹⁴Reglamento del Código de Ejecución Penal de Perú, Decreto Supremo N° 015-2003-JUS, disponible en: <http://www.usmp.edu.pe/derecho/centro_derecho_penitenciario/legislacion_nacional/REGLAMENTO_CODIGO_DE_EJECUCION_PENAL.pdf>.

¹¹⁵ Decreto 177 de 2008, de 24 de enero de 2008, por el cual se reglamentan los artículos 27 y 50 de la Ley 1142 de 2007, disponible en: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28508>>.

Medidas de Seguridad la utilización de sistemas de vigilancia electrónica durante la ejecución de la pena, como sustitutivos de la pena cuando se trate de delitos relacionados con el tráfico de estupefacientes.

8.2.2. Perú

El art. 42 del Código de Ejecución Penal Peruano (CEPP)¹¹⁶ recoge los beneficios penitenciarios que existen en el sistema penitenciario peruano, siendo: redención de la pena por el trabajo y la educación (arts. 44 y 45), semilibertad (art. 48) y libertad condicional (art. 53) entre otros, pero estos son los que se ven prohibidos para los presos de Perú por los delitos de los arts. 296 y 297 del Código Penal de Perú, ya expuestos en la normativa legal penal de Perú.

El primero a tratar sería la reducción de la condena por el trabajo y la educación. El art. 47 CEPP modificado por el art. 1 de la Ley n° 30262¹¹⁷ excluye la aplicación de este beneficio penitenciario a las personas que hayan cometido alguno de los delitos previstos en los arts. 296 y 297 del CPP.

Otro de los beneficios penitenciarios que se ve menoscabado para estos presos es la semilibertad, que les permite salir del penal para trabajar, estudiar, etc; ya que el último párrafo del art. 48 del CEPP prohíbe la aplicación de este beneficio penitenciario para las personas que han cometido uno o varios de los delitos tipificados en los arts. 296 y 297.

Por último y siendo el más importante desde mi punto de vista, la libertad condicional, le es negada a los presos que han cometido alguno de los delitos previstos en los ya reiterados arts. 296 y 297. Esto es contemplado por el art. 53 CEPP en su último párrafo.

Estas prohibiciones de los beneficios penitenciarios en Perú son posible ya que el Tribunal Constitucional considera que no es un vicio de inconstitucionalidad, ya que en su sentencia 0012-2010 dice *“(...) son las medidas que el legislador o la autoridad administrativa adopta en procura de alcanzar el fin constitucionalmente exigido. Mientras su configuración normativa esté orientada a la readaptación social del penado, no es posible exigir al legislador la previsión de un concreto tipo de beneficios. Es decir, no existe un derecho fundamental a un concreto tipo de beneficios penitenciarios, ni*

¹¹⁶ Código de Ejecución Penal de Perú, Decreto Legislativo N° 654, publicado el 2 de agosto de 1991, disponible en: <<http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codeejecucionpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>>.

¹¹⁷ Ley N° 30262, publicada el 06 noviembre 2014, por la que se modifica el Código de Ejecución Penal.

siquiera a aquellos que son representativos de la posibilidad de la concesión antelada de libertad. De ahí que la exclusión de algunos de ellos en función de la gravedad de ciertos delitos, no puede dar lugar a un vicio de inconstitucionalidad. Es por ello que el Tribunal Constitucional ha sostenido que en estricto los beneficios penitenciarios no son derechos fundamentales, sino garantías previstas por el Derecho de Ejecución Penal, cuyo fin es concretizar el principio constitucional de resocialización y reeducación del interno”¹¹⁸.

¹¹⁸ Tribunal Constitucional de Perú, STC 0012-2010. 11 de noviembre de 2011. Fundamento No. 72.

9. LA COOPERACION INTERNACIONAL: MODELOS DE EXTRADICIÓN

La extradición es un tema de relevancia en materia de tráfico de estupefacientes, ya que los españoles representan la mayor parte de los ciudadanos europeos detenidos en los países latinoamericanos, además casi todos han sido condenados por tráfico de drogas o delitos relacionados¹¹⁹. Debido a ello creemos es necesario abordar en este capítulo, al menos sucintamente, la normativa internacional en materia de extradición y de forma prioritaria los tratados firmados entre España, Colombia y Perú.

9.1. Concepto

La extradición es una de las manifestaciones más importantes de la necesidad de cooperación y de solidaridad entre los Estados en la lucha contra el crimen. Consiste en el conjunto de acciones que tienen por objeto la entrega de una persona, por parte de las autoridades del Estado en que la misma se encuentra, a las autoridades de otro Estado, a fin de ser juzgada por los órganos jurisdiccionales de este último por la comisión de determinados hechos constitutivos de delito, o para que cumpla la pena o la medida de seguridad que se le impuso.

9.2. Clases

En atención a la posición que ocupa el Estado que solicita o realiza la entrega, pueden distinguirse dos clases: 1) Activa: cuando un Estado solicita, de otro país, la entrega de un delincuente que se encuentra en dicho territorio; 2) Pasiva: cuando un Estado recibe la petición de otro país, solicitando la entrega de un delincuente que se encuentra en su territorio.

9.3. Normativa

La extradición se rige por los tratados internacionales bilaterales o multilaterales. España tiene firmados numerosos convenios de carácter bilateral o plurilateral por los que los Estados-Partes se obligan a prestarse asistencia mutua con carácter general para la extradición.

Por lo que respecta a los tratados multilaterales sobre extradición y de forma más directa respecto a extradición por delitos de drogas, se encuentra recogido en primer lugar

¹¹⁹ PARRA, J.L., “*Study on judicial cooperation, mutual legal assistance and extradition of drug traffickers and other drug-related crime offenders, between the EU and its Member States and Latin American and Caribbean (LAC) countries*”, European Commission, 2013, p. 232.

en el art. 6 del Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas¹²⁰, por el cual las personas que cometan alguno de los actos previstos por el art. 2¹²¹, podrán ser extraditadas conforme al art. 9 de esta Convención.

Otro de los tratados donde se recoge la extradición por delitos relacionados con drogas es en la ya tratada Convención de 1988, esta podría considerarse como el principal instrumento jurídico multilateral¹²² en materia de drogas, en el que el art. 6 es el eje sobre el que gira la extradición por estos delitos.

En cuanto a tratados específicos España forma parte del Convenio de Estrasburgo de 21 de marzo de 1983 sobre traslado de personas condenadas¹²³, cuyo objetivo es la de que todo condenado pueda ser trasladado al Estado del que es nacional para cumplir en él la pena de prisión impuesta en otro Estado, siempre que medie el consentimiento del Estado de condena, del Estado de ejecución y del propio condenado. Lo que ocurre es que tanto Colombia¹²⁴ como Perú¹²⁵ no han ratificado ese Convenio, por lo que el traslado de personas condenada debe regirse por los tratados bilaterales existentes entre España y estos países.

Entre España y Colombia rige el Tratado sobre traslado de personas condenadas entre el Reino de España y la República de Colombia, de 28 abril de 1993¹²⁶.

¹²⁰ Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas, Ginebra, 26 de junio de 1936, disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_conve_supre_trafi_ilici_drog_noci_gine.pdf>.

¹²¹ Convención de 26 de junio de 1936, artículo 2: “Cada una de las Altas Partes Contratantes se obliga a dictar las disposiciones legislativas necesarias para castigar severamente y especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad, los delitos siguientes: a) La fabricación, transformación, en general extracción, preparación, ofertas, posesión, ofertas de venta, distribución, compra, venta, corretaje, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes no conformes a las disposiciones de este Convenio; b) La participación intencionada en los delitos citados en este artículo; c) La confabulación para cometer uno de los delitos citados anteriormente; d) Las tentativas, y, en las condiciones previstas por la Ley nacional, los actos preparatorios”.

¹²² PARRA, J. L., *Op. Cit.*, p. 133.

¹²³ Convenio de Estrasburgo de 21 de marzo de 1983 sobre traslado de personas condenadas, disponible en: <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-10554>>.

¹²⁴ PARRA, J. L., *Op. Cit.*, p. 222.

¹²⁵ PARRA, J. L., *Op. Cit.*, p. 228.

¹²⁶ Instrumento de ratificación del Tratado sobre traslado de personas condenadas entre el Reino de España y la República de Colombia, hecho "ad referendum" en Madrid el 28 de abril de 1993, y Canje de Notas del 2 y 3 de febrero de 1998 relativo al apartado 3 del artículo 3 de aquel, disponible en: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-10585>.

Entre España y Perú rige el Tratado sobre transferencia de personas sentenciadas a penas privativas de libertad y medidas de seguridad privativas de libertad, así como de menores bajo tratamiento especial, de 25 febrero de 1986¹²⁷.

Es común a ambos tratados las condiciones necesarias que se requieren para el traslado, siendo requerido: 1) Que el delito por el cual el reo fue declarado culpable y condenado sea punible en el estado receptor; 2) Que el reo sea nacional del estado receptor; 3) Que la persona sentenciada solicite su traslado o en caso de que dicha solicitud provenga del Estado trasladante o del Estado receptor, la persona sentenciada manifieste su consentimiento expresamente y por escrito; 4) Que el reo no haya sido declarado culpable de un delito exclusivamente militar o político; 5) Que la parte de la condena del reo que quede por cumplirse en el momento de hacerse la solicitud sea por lo menos de seis meses; 6) Que la sentencia sea firme o definitiva, y por tanto se hayan agotado todos los recursos, no quedando pendiente procedimientos extraordinarios de revisión en el momento de invocar las disposiciones del presente tratado; 7) Que las disposiciones de la sentencia, fuera de la privación de la libertad, hayan sido satisfechas.

¹²⁷ Instrumento de Ratificación del Tratado entre el Reino de España y la República del Perú sobre transferencia de personas sentenciadas a penas privativas de libertad y medidas de seguridad privativas de libertad, así como de menores bajo tratamiento especial, hecho en Lima el 25 de febrero de 1986, disponible en: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-18098&lang=en>.

10. CONCLUSIONES

Como resultado de lo anterior, podemos extraer diversas conclusiones, relativas a cada uno de los objetos de estudio señalados *supra*, y que abordan materias de carácter penal, y otras, las más, de carácter penitenciario:

Así, en cuanto a la desproporcionalidad de las penas, la primera de las conclusiones, que podemos obtener de este trabajo, es la desproporcionalidad de las penas existente entre las legislaciones americanas y española respecto de los delitos relativos a las drogas, superando con creces la punibilidad prevista en el nuevo continente en relación a los mismos delitos previstos en la normativa penal española. Puede apreciarse que las penas por tales delitos son superiores a penas impuestas para otro tipo delictivos, considerados por la sociedad de mayor entidad y los cuales pudieran tener una mayor repercusión en ésta, como pueden ser: los delitos de homicidio; abusos sexuales; violación; o robos con violencia. De ello puede apreciarse la suma importancia que tiene para los gobiernos de los países americanos la represión de tales ilícitos, mediante el uso de penas totalmente desproporcionadas en virtud de la repercusión y gravedad de las conductas.

En cuanto a los delitos de drogas, se puede afirmar que están presentes de forma permanente en los centros penitenciarios, ya que tales conductas delictivas son una de las principales causas por las que se entra a prisión. Del análisis de los datos manejados, hay que destacar que, tanto en España como en Perú, estos delitos alcanzan cifras que superan en más de un cuarto del total de la población penitenciaria.

Y entrando en la fase de detención y posterior encarcelamiento, en cuanto al perfil del detenido por delitos de drogas en los distintos países objeto del trabajo, ha podido llegarse a la conclusión de que en todos estos países las personas que entran por estos delitos a los centros penitenciarios, tienen un perfil prácticamente idéntico en la gran mayoría de casos.

Este perfil, sobre el que se focaliza gran parte de la respuesta penal, estaría compuesto por personas de entre 18 y 40 años, pertenecientes a colectivos marginales, que en muchas ocasiones son también consumidores de las propias drogas con las que se comercia, y cuya posición social es baja dentro de la sociedad.

En relación a los presos preventivos y penados, en los países latinoamericanos abordados en el trabajo, puede apreciarse la precariedad existente en los sistemas judicial y penitenciario, donde nos encontramos que los internos preventivos y sentenciados conviven juntos sin ser separados unos de otros, además de la alarmante cantidad de personas que se encuentran en la situación de preventivos, dentro del centro penitenciario, sin haber obtenido una sentencia firme.

La distribución dentro de los penales latinoamericanos de los internos preventivos es no menos que singular, en comparación con España, donde esta situación no llega ni al 13%. Si atendemos a los países objeto de comparación, podemos apreciar que las cifras de preventivos alcanzan casi el 40% de la población total reclusa, no pasando por alto el caso de Perú donde más del 50% de los reclusos se encuentran en situación de preventivos.

Estos hechos deberían ser motivo de reflexión para los gobiernos de estos países, preguntándose qué está fallando y si el sistema actual funciona correctamente.

En lo que respecta a las personas extranjeras, que se encuentran cumpliendo condena en los distintos penales de los países tratados en el presente trabajo, lo están en su mayor parte por la comisión de delitos relacionados con drogas (75-90 %), predominando los eslabones más bajos de la cadena, al actuar en la mayoría de casos como correos humanos, “mulas”, esto es, transportistas de la droga en su cuerpo o enseres.

En lo relativo a los consumidores y pequeños comerciantes, en la comparativa de países, queda claro que las personas privadas de libertad por delitos de drogas, tienen una peligrosidad y un papel menor en el amplio negocio de la droga, siendo fácilmente remplazados, en las labores de fabricación y tráfico, por los jefes de estas organizaciones criminales.

Otro de los focos donde se centran las leyes es en los consumidores de drogas, lo que ayuda a llenar las cárceles de consumidores y pequeños comerciantes.

En materia de habitabilidad y hacinamiento en los penales, la sobrepoblación y el hacinamiento son unos de los mayores problemas que presentan los centros penitenciarios de América Latina, porque aunque en España no se respeta el principio unicelular dentro de las cárceles, en estos países de América las condiciones de vida de los presos son infrahumanas.

Esta sobrepoblación y hacinamiento en las cárceles se ve favorecida por la desproporción de las penas para los delitos de drogas (conclusión primera); por el gran número de personas que cometen delitos de drogas (conclusión segunda); por el elevado número de personas que se encuentran en situación de preventivos (conclusión cuarta); y por último debido a la focalización que existe de las leyes sobre consumidores y pequeños comerciantes (conclusión sexta).

En cuanto al tratamiento de deshabituación en España, podemos decir que el medio penitenciario proporciona una oportunidad para acercar la sanidad a personas que hasta el momento de ingresar en prisión (también para aquellas que ya se encontraban) no habían tenido contacto con este sistema, e iniciarles en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a causa de su consumo de drogas, así como introducirlos en programas para abordar su adicción para avanzar en su rehabilitación y reinserción social.

Esta entrada en prisión facilita la recuperación mediante el tratamiento terapéutico, pudiendo ser su entrada en prisión una partida para terminar con su consumo de drogas. Esto solo es posible si el interno es consciente de su situación de drogodependiente y voluntariamente acepta someterse a alguno de los programas tratamientos que durante los últimos años se han desarrollado en las cárceles españolas para ayudar a los internos drogodependientes.

Hay que apuntar los grandes riesgos que supone el consumo de drogas existente y reconocido por IIPP, ya que los problemas derivados de este pueden llegar a ser muy graves, e incluso comprometer la supervivencia, como son las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por el Virus de la Hepatitis C (VHC), además del más importante, el riesgo de muerte por sobredosis, la cual se ha cobrado la vida de 402 personas desde 2007.

Cabe hablar asimismo de lo que se ha denominado la feminización de los delitos de drogas, pudiendo apreciarse, a lo largo de los años, un incremento de las mujeres que están entrando a los centros penitenciarios por este tipo de delitos, convirtiéndose el delito de tráfico de drogas en el más cometido por las mujeres en América Latina.

Si hablamos en términos absolutos hay más hombres que mujeres detenidos por narcotráfico, pero proporcionalmente es mayor el número de mujeres privadas de la libertad por este delito. Además hay que tener en cuenta, que a pesar de que la mayoría

de personas reclusas por drogas no son mujeres, la mayoría de mujeres si están presas por la comisión de delitos relacionados con drogas.

La diferencia entre las mujeres españolas y las mujeres latinoamericanas condenadas por tráfico de drogas, es que estas continúan desde prisión siendo las principales sustentadoras económicas de sus familias, mientras que las mujeres españolas que cometen delitos de tráfico de drogas en cambio son en su mayoría mujeres drogodependientes, que se incluyen en las redes de pequeña distribución para autoabastecerse.

En materia tratamental penitenciaria, y especialmente en cuanto al tratamiento penitenciario y la clasificación de los presos por delitos de drogas, no tienen uno específico para ellos, sino que es el mismo que para el resto de internos penados por otro tipo de delitos.

El objetivo del tratamiento penitenciario, de todos los países, es la reeducación, rehabilitación y reinserción del interno en la sociedad, pero por lo que respecta a la clasificación de estos en los distintos grados, puede parecer que son calcos de la legislación española, pero dista la clasificación española de la del resto de países objeto de estudio.

Por último, en materia de beneficios penitenciarios, cabe señalar que en España los internos por delitos de drogas pueden acceder a todos y cada uno de los beneficios penitenciarios, ya que no existe ninguna norma que se lo impida, en cambio tanto en Colombia como en Perú, estos internos no pueden acceder a muchos de los beneficios penitenciarios a lo que sí tienen accesos los presos españoles por los mismo delitos.

Es importante destacar que en Perú, uno de los principales beneficios penitenciarios como es la libertad condicional, le es negada a los presos que han cometido alguno de los delitos previstos en los arts. 296 y 297 del CP peruano.

11. REFERENCIAS

10.1. Bibliografía citada

ARAUCO, B., *Informe estadístico penitenciario*, Instituto Nacional Penitenciario (Perú), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Diciembre 2015, p 37, disponible en: <http://www.inpe.gob.pe/pdf/diciembre_15.pdf>.

BOITEUX, L., *Mujeres y encarcelamiento por delitos de drogas*, Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, CEDD, 2015.

ANTONY, C., (2005), “Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina”, en *Revista Nueva Sociedad*, n° 208, marzo, 2007, disponible en: <<http://bdigital.binal.ac.pa/bdp/artpma/mujeres%20delincuentes.pdf>>.

CEREZO DOMINGUEZ, A.I. y ARENAS GARCIA, L., “Estudio longitudinal del tráfico de drogas y de su impacto en la delincuencia”, en *InDret*, 2016.

CEREZO DOMINGUEZ, A.I.: “La aplicación de las Reglas de Bangkok a la normativa penitenciaria española”, en *Derecho penal, género y nacionalidad*, Ed. Comares. Granada, 2015.

CLEMENTE MILLANA, Luis, “Deterioro neuropsicológico en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en una población penitenciaria”, *Premio Nacional Victoria Kent*, 2004, pp. 110-113.

DEL OLMO, R., “Reclusión de mujeres por delitos de drogas. Reflexiones Iniciales”, en *Revista Española de Drogodependencias*, 1996, disponible en: <http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/esp/Mujer/venezuel.pdf>.

EXPOSITO LÓPEZ, A., “El delito de tráfico de drogas”, en *Revista de Derecho UNED*, n° 10, 2012.

FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN (Escobar Roca, G. Dir.): *Sistema penitenciario. V informe de Derechos Humanos*. Trama Editorial, 2007.

GIACOMELLO, C., “Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina”, en *International Drug Policy Consortium (IDPC)*, Octubre de 2013.

MANZANOS BILBAO, C.: “Violencia, Salud y Drogas en prisión”, *La prisión en España: Una perspectiva criminológica*, Ed. Comares, 2007.

MAPELLI CAFFARENA, Borja. “Una nueva versión de las normas penitenciarias europeas”. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (en línea). 2006, núm. 08-r1, p 4. r1:1- r1:44. Disponible en: <<http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-r1.pdf> ISSN 1695-0194 [RECPC 08-r1 (2005), 7 mar]>.

METAAL, P. y YOUNGERS, C., “Sistemas sobrecargados, leyes de drogas y cárceles en américa latina”, Transnational Institute Washington Office on Latin America, Diciembre 2010, disponible en: <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Sistemas_sobrecargados/sistemas_sobrecargados_web2.pdf>.

MOLINA MANSILLA, M.C., *El delito de tráfico de drogas en el derecho penal español*, Tesis doctoral (s.p), Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, 2006.

MOLINA MANSILLA, C., *Mecanismos de lucha contra el tráfico de drogas extramuros del Código Penal*, Edit. La Ley, Madrid, 2007.

OLIVAR. A, "La educación social en la comunidad terapéutica y otros dispositivos residenciales: aspectos generales", *La metodología de la comunidad terapéutica*, Diciembre de 2010.

PARRA, J.L., “*Study on judicial cooperation, mutual legal assistance and extradition of drug traffickers and other drug-related crime offenders, between the EU and its Member States and Latin American and Caribbean (LAC) countries*”, European Commission, 2013, p. 232.

PERNAS RIAÑO, B., *Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*, Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2006.

UPRIMNY, R., *La adicción punitiva*, La desproporción de leyes de drogas en América Latina, Dejusticia, Diciembre 2012, disponible en: <http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug_Policy/la_adiccion_punitiva.pdf>.

10.2. Legislación y jurisprudencia

Circular 17/2005, de 7 de julio, “Programas de intervención en materia de drogas en II.PP.”. Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP), Ministerio del Interior. Consultado en línea, Julio de 2012 en: <http://www.acaip.info/info/circulares/2005_17.pdf>.

Circular 5/95, de 15 de febrero, de la DGIP sobre Política Global de actuación en materia de drogas en IIPP. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/c48.pdf>.

Constitución Española (6 de diciembre de 1978).

Constitución Política de Perú de 1993, en vigor desde el 31 de diciembre de 1993, disponible en: http://www.derecho.usmp.edu.pe/instituto/Investigaciones_Centros/Constitucion%20Concordada,%20Sumillada%20y%20Anotada%20con%20la%20jurisprudencia%20del%20TC.pdf.

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984, disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>.

Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988, disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf.

Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Enmendada por el Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes Nueva York, 8 de agosto de 1975, disponible en: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf.

Convenio de Estrasburgo de 21 de marzo de 1983 sobre traslado de personas condenadas, disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-10554>.

Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas, Ginebra, 26 de junio de 1936, disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_conve_supre_trafi_ilici_drog_noci_gine.pdf.

Convenio sobre sustancias sicotrópicas de 1971, disponible en: http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf.

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, disponible en: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm>.

Decreto Legislativo N° 654, publicado el 2 de agosto de 1991, Código de Ejecución Penal de Perú, disponible en: <<http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=defaultcodejecucionpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>>.

Decreto 177 de 2008, de 24 de enero de 2008, por el cual se reglamentan los artículos 27 y 50 de la Ley 1142 de 2007, disponible en: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28508>>.

Decreto Legislativo N° 635 de 3 de abril de 1991, Código Penal Peruano (última modificación de 2015).

Decisión marco 2004/757/JAI, del Consejo de la Unión Europea de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas

Decreto Supremo N° 015-2003-JUS, Reglamento del Código de Ejecución Penal de Perú, disponible en: <http://www.usmp.edu.pe/derecho/centro_derecho_penitenciario/legislacion_nacional/REGLAMENTO_CODIGO_DE_EJECUCION_PENAL.pdf>.

Informe estadístico penitenciario, Instituto Nacional Penitenciario Unidad de Estadística, diciembre 2015 (INPE, Perú).

Informe estadístico penitenciario, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, marzo 2016 (INPEC, Colombia).

Ley 65 de 1993, de 19 de agosto, por la que se expide el Código Penitenciario y Carcelario de Colombia. Disponible en: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/INPEC%20INSTITUCION/INPEC_HOY/LEYES/LEY%2065%20DE%201993.pdf> [visitado el día 1 de Junio].

Ley N° 30262, publicada el 06 noviembre 2014, por la que se modifica el Código de Ejecución Penal.

Ley Orgánica General Penitenciaria (LO 1/79, de 26 de septiembre).

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (última modificación 28 de abril de 2015).

Ley 599/2000, de 24 de julio de 2000, Código Penal Colombiano (Diario Oficial N° 44.097).

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966, disponible en: <<http://www.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>>.

Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre las normas penitenciarias europeas. Adoptada por el Consejo de Ministros el 11 de enero de 2006.

Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para las sanciones no privativas de libertad, 1990 (Reglas de Tokio), disponibles en: <<https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/reglasminimasnoprivativas.htm>>.

Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, 1990, disponible en: <<http://www.ohchr.org/spanish/law/menores.htm>>.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores, 1985 (Reglas de Beijing), disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/reglas_beijing.htm>.

Reglas Mínimas Europeas para el tratamiento de los reclusos, de 1973, 1987 y 2006.

Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos 2015 (Reglas Mandela).

Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos, de 1955, 1997 y 2015.

SGIP: Instrucción 3/2011, Plan de intervención en materia de drogas en la institución penitenciaria. <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_03-2011.pdf>.

SGIP: Instrucción 2/2012, de 7 de junio, de Intervención de organizaciones no gubernamentales, asociaciones entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario.

SGIP: Instrucción 9/2014, de 14 de julio, Organización y funcionamiento de las Unidades Terapéutico-Educativas (UTE).

SGIP: Instrucción 10/2014, Programa de actuación en sobredosis.

Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Informe General 2016*. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2016_acc.pdf>

Secretaría General de instituciones penitenciarias. *Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios*. Memoria 2.016. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_Drogas_IIPP_2016.pdf>

Sentencia nº 515/2006 de TS, Sala 2ª, de lo Penal, 4 de Abril de 2006, disponible en: <http://supremo.vlex.es/vid/delito-salud-368-b-c-20782315#section_10>.

Sentencia Tribunal Constitucional de Perú, STC 0012-2010. 11 de noviembre de 2011. Fundamento No. 72.

Tratado entre el Reino de España y la República del Perú sobre transferencia de personas sentenciadas a penas privativas de libertad y medidas de seguridad privativas de libertad, así como de menores bajo tratamiento especial, de 1986, disponible en: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-18098&lang=en>.

Tratado sobre traslado de personas condenadas entre el Reino de España y la República de Colombia, de 1993, disponible en: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-10585>.

10.3. Referencias electrónicas

<<https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu#1>> [visitado el día 12 de diciembre de 2017].

<<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html> > [visitado el día 31 de diciembre de 2017].

<<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html> > [visitado el día 31 de diciembre de 2017].

<<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html> > [visitado el día 7 de enero de 2018]

<http://186.179.97.228:8080/jasperserverpro/dashboard/viewer.html?&j_username=inpec_user&j_password=inpec#/public/Extranjeros/Dashboards/Extranjeros_Nacional>
[visitado el día 14 de enero de 2018].