



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 2010

IX Legislatura

Núm. 147

PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.^a MARÍA DEL CARMEN
GRANADO PANIAGUA

Sesión núm. 12

celebrada el jueves 21 de octubre de 2010
en el Palacio del Congreso de los Diputados

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia de la señora secretaria general de Instituciones Penitenciarias (Gallizo Llamas), para que informe de la valoración que hacen los expertos de las prácticas desarrolladas en nuestro país para proteger la salud de los internos drogodependientes. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente del Congreso 212/001153 y número de expediente del Senado 713/000798.)

2

Preguntas:

De la senadora doña María Teresa Cobaleda Fernández, del Grupo Parlamentario Popular en el Senado, sobre:

- Previsiones con respecto a la elaboración de políticas de prevención del consumo de drogas dirigidas a los extranjeros internos en las cárceles españolas. (Número de expediente del Congreso 181/001587 y número de expediente del Senado 681/000832.) 15
- Política de reducción de daños ocasionados por el consumo de drogas en el ámbito penitenciario que tiene previsto adoptar el Gobierno, de acuerdo con la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. (Número de expediente del Congreso 181/001588 y número de expediente del Senado 681/000833.) 15
- Política de prevención de drogas en el ámbito penitenciario que tiene previsto adoptar el Gobierno, según la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. (Número de expediente del Congreso 181/001589 y número de expediente del Senado 681/000834.) 15
- Políticas de reducción de daños ocasionados por el consumo de drogas dirigidas a mujeres internas en las cárceles españolas que tiene previsto adoptar el Gobierno, de acuerdo con la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. (Número de expediente del Congreso 181/001591 y número de expediente del Senado 681/000836.) 15
- Políticas de prevención de drogas dirigidas a mujeres internas en las cárceles españolas que tiene previsto adoptar el Gobierno, según la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. (Número de expediente del Congreso 181/001592 y número de expediente del Senado 681/000837.) 15

Se abre la sesión a las cuatro de la tarde.

- **COMPARECENCIA DE LA SEÑORA SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (GALLIZO LLAMAS), PARA QUE INFORME DE LA VALORACIÓN QUE HACEN LOS EXPERTOS DE LAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS EN NUESTRO PAÍS PARA PROTEGER LA SALUD DE LOS INTERNOS DROGODEPENDIENTES. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente del Congreso 212/001153 y número de expediente del Senado 713/000798.)**

La señora **PRESIDENTA**: Se abre la sesión.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida, en esta su primera comparecencia ante la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, a doña Mercedes Gallizo, secretaria general de Instituciones Penitenciarias. Gracias por su comparecencia.

Antes de continuar, procedemos, si así lo estiman conveniente, a la aprobación del acta de la sesión celebrada el pasado día 5 de mayo, que ha sido repartida a

los portavoces de los grupos parlamentarios. Si están de acuerdo con la misma podemos darla por aprobada. (**Asentimiento.**) Queda aprobada.

Primer punto del orden del día: comparecencia de la secretaria general de Instituciones Penitenciarias, doña Mercedes Gallizo Llamas, para informar de la valoración que hacen los expertos de las prácticas desarrolladas en nuestro país para proteger la salud de los internos drogodependientes. Esta comparecencia ha sido solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra doña Mercedes Gallizo.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** (Gallizo Llamas): La verdad es que estoy muy contenta de comparecer ante esta Comisión que se ocupa de un problema que todavía es muy importante y relevante en nuestra sociedad, pero que en la institución penitenciaria es de primer orden. Creo que es muy interesante que tengamos la oportunidad de compartir informaciones, incluso alguna reflexión, sobre esta materia.

Un porcentaje muy significativo de las personas que en nuestro país cumplen condenas de privación de libertad ha tenido y tiene problemas con las drogas. Una

parte muy importante de la población reclusa en España presentaba un problema de consumo de drogas anterior a su ingreso en prisión y en la mayor parte de los casos esto fue justamente lo que les condujo al mundo del delito y, en consecuencia, a la prisión. Por tanto, nosotros enfocamos el problema de la droga y la política para combatirlo desde dos ópticas inevitablemente unidas. La droga es un problema de salud pública, pero también lo es de política criminal, ya que en la medida en la que seamos capaces de intervenir sobre esa problemática facilitaremos la futura reinserción de las personas drogodependientes y la no reincidencia en el delito. En el año 2006 realizamos una encuesta sobre salud y drogas entre los internados en prisión, realizada en colaboración con el Plan nacional sobre drogas, que nos reveló que en el mes anterior al ingreso en prisión el 42 por ciento de las personas eran consumidoras de cocaína y/o heroína y el 37,7 por ciento, aunque no consumían heroína o cocaína, eran consumidoras habituales de otras sustancias, principalmente alcohol, cannabis y psicofármacos. El uso de la vía intravenosa para el consumo de drogas, aunque pierde fuerza en todos los ámbitos en la sociedad, y también entre las personas que están en prisión, todavía tiene una frecuencia importante entre los drogodependientes que ingresan en prisión. Esta encuesta nos reveló que el 11,7 por ciento de las personas que ingresan en prisión eran consumidores de drogas por vía parenteral en el mes previo al ingreso.

La drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más destacados entre las personas por la gravedad de las complicaciones físicas, psíquicas y sociales que lleva aparejadas. Como toda realidad compleja, la solución para poder afrontar este problema no es simple y requiere un intenso trabajo que tiene que estar caracterizado por la seriedad y el rigor, así como también por la necesidad de abordarlo multidisciplinariamente no solo por lo que se refiere a los profesionales del medio penitenciario que, en definitiva, no son más que el último eslabón de una larga cadena de recursos, sino que también requiere un esfuerzo de coordinación con los responsables de drogodependencia de las distintas comunidades autónomas, la participación responsable de los órganos judiciales y de sensibilización de la sociedad hacia este problema.

Muchas de las personas que son drogodependientes, como les he señalado con los datos anteriores, llegan a la prisión con problemas serios de consumo, sin la necesaria voluntad para abandonar esa práctica, con historias previas de fracasos en intentos rehabilitadores, incluso sin intentos serios en su historia pasada de abandonar el consumo de drogas. Por eso, los que trabajamos en la institución penitenciaria tenemos el gran reto de conseguir que la experiencia de la prisión, además de para el cumplimiento de la pena, como es lógico, que le ha sido impuesta a cada una de estas personas, pueda aportar a quien ingresan un momento de reflexión y de reorientación de su vida que les permita abandonar esa práctica tan dañina para su salud y para su comportamiento

social. Les quiero decir que esta no es una tarea ni un empeño fácil ya que el efecto del ingreso en prisión, así como la propia vivencia que cada persona hace de esa nueva situación de privación de libertad, el cambio de vida, el someterse a una disciplina, el perder los contactos personales y familiares que se tenían, esa nueva realidad desencadena a menudo otras patologías psíquicas, psicológicas o sociales, y las más frecuentes pueden ser la ansiedad, la depresión o la pérdida de apoyos familiares y afectivos. Desde luego, no es un contexto amable para iniciar un proceso de deshabitación. Por eso, la propia ley contempla la posibilidad de que las personas con adicciones puedan sustituir el cumplimiento de la condena por el ingreso en un centro de tratamiento especializado. Tengo que decir que esta es una opción que, en mi opinión, se utiliza de forma escasa y en este hecho influye la poca oferta de centros que reúnan condiciones terapéuticas y de seguridad y que sean públicos, ya que para la mayoría es impensable costearse privadamente el internamiento en un centro que no sea público. La institución penitenciaria en este caso, como en el de los enfermos mentales, tiene que hacer de recurso asistencial en situaciones en las que podrían usarse otras alternativas menos desocializadoras y más profesionalizadas. Debemos hacerlo porque es nuestra obligación, pero también porque existen pocos recursos disponibles. Me ha parecido pertinente traer a esta Comisión esta reflexión sobre la que creo que unos y otros tenemos que insistir, tanto los operadores jurídicos, como los responsables de la seguridad y las administraciones competentes, y sobre la que deberíamos detenernos unos instantes, aunque obviamente no sea este el momento de hacerlo. Me gustaría que a través de mis palabras quedase pendiente la reflexión sobre esta cuestión.

Respecto de cuál es la valoración que los expertos hacen sobre las prácticas desarrolladas en nuestro país para proteger la salud de los internos drogodependientes, quiero señalar que en octubre del pasado año se celebró en Madrid la Conferencia internacional sobre atención sanitaria en prisiones, organizada por la Organización Mundial de la Salud, en la que participaron sesenta y cinco países de todo el mundo, un gran número de agencias nacionales e internacionales, así como expertos en sanidad penitenciaria y salud pública, incluyendo la Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito, obviamente el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales de España y el Observatorio europeo de las drogas y toxicomanías. En esta conferencia se destacaron las aportaciones de la experiencia española en la aplicación de su política penitenciaria en la lucha contra las adicciones y enfermedades asociadas. El modelo que venimos aplicando en España es un referente para numerosos sistemas penitenciarios. El próximo 19 de noviembre el Centro europeo para la monitorización de las drogas, el organismo de la Unión Europea encargado de establecer las estrategias de lucha contra la drogadicción en toda la Unión, organiza en Berlín un foro en el que se tratará el

problema de la adicción a drogas en prisión y en la invitación que se ha recibido en la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se dice textualmente: Hemos revisado los más interesantes proyectos, programas y estrategias de Europa y el modelo español sigue las actuaciones que nuestro organismo está recomendando a todos los países europeos. Este foro ha invitado a los responsables de la sanidad penitenciaria española para que describan las bases de la actuación en este campo que desde hace años se lleva a cabo en los centros penitenciarios. Esta es una intervención —la que aquí realizamos— que combina políticas de reducción de daños, como los programas de sustitución de opiáceos o el intercambio de jeringuillas, con la oferta a los internos de lo que se denominan las unidades terapéuticas educativas que, sustentadas en módulos libres de drogas, se convierten en el espacio terapéutico ideal en prisión para la desintoxicación y la rehabilitación del adicto. Les hablaré con un poco más de detenimiento de estas actuaciones. Este modelo encaja justamente con lo que ahora recomienda la Organización Mundial de la Salud para toda Europa en un documento que se consensuó en la pasada Conferencia internacional a la que he hecho referencia y que se difunde como la recomendación de Madrid.

Los profesionales penitenciarios, principalmente los sanitarios, pero también los de los equipos de tratamiento, una parte de los funcionarios de Interior y los funcionarios de Interior en su conjunto tienen un gran nivel profesional y un alto compromiso personal, que es lo que ha hecho posible que hoy España sea una referencia para muchos países en la lucha contra la drogodependencia y sus efectos en prisión. Nuestros programas de salud en prisiones, muchos de ellos asociados a la lucha contra la droga y contra los efectos de la misma sobre la salud de los internos, han sido reiteradamente premiados por la Organización Mundial de la Salud. El año pasado recibimos tres premios, uno de ellos al proyecto Dulas, al que me referiré en la respuesta a una de las preguntas. Prevenir el inicio en el consumo de drogas, reducir los riesgos y los daños físicos, psíquicos y sociales que están asociados al consumo de drogas, conseguir periodos de abstinencia que configuren un cambio en el estilo de vida y en la dinámica personal del drogodependiente y realizar una incorporación eficaz a la sociedad facilitando que las personas continúen su tratamiento una vez puestas en libertad y, por tanto, su normalización e integración en la sociedad, son los objetivos que el sistema penitenciario tiene planteados en el área de la lucha contra la drogodependencia.

Voy a explicarles básicamente las líneas en las que trabaja la institución penitenciaria en materia de drogas, que comprenden, por un lado, las intervenciones enfocadas a la reducción de la oferta y, por otro, los programas dirigidos a la población penitenciaria, o lo que llamamos las intervenciones sobre la demanda. Les diré, de entrada, que sobre esta materia la institución penitenciaria tiene acreditada una larga historia de actuaciones

y en estos últimos años hemos tratado de mejorar, de ampliar y de dar continuidad a las cosas que han venido funcionando bien desde hace muchos años. En primer lugar, tengo que referirme a las intervenciones para la reducción de la oferta. A veces parece un contrasentido que en un sistema de seguridad, en un centro penitenciario circule cualquier tipo de droga, pero hay que decir que las prisiones no son instituciones cerradas al entorno social, no somos islas en un océano; los internos disfrutan de permisos de salida, de comunicaciones con familiares y amigos; a nuestros centros acuden diariamente cientos de voluntarios de ONG para desarrollar sus proyectos solidarios o treatmentales. Nuestra institución es cerrada, pero también abierta, como no puede ser de otra manera. En la medida en la que no podemos hacer de los centros penitenciarios espacios estancos, aquí también ocurre, como en el resto de los espacios sociales, que quienes tienen una alta dependencia de las drogas intentan conseguirlas, en este caso, intentan que estas entren y circulen dentro de las prisiones. Por eso, uno de nuestros principales objetivos es impedir la entrada y la distribución de sustancias tóxicas en los centros penitenciarios. Como es lógico, esta no es una tarea que nos hayamos propuesto abordar *ex novo* sino que se viene realizando desde siempre. Siempre se ha trabajado para conseguir este objetivo, pero en los últimos años les aseguro que hemos dado a este asunto la máxima prioridad, intentando potenciar y maximizar las medidas de control. En los últimos tiempos hemos puesto en marcha un plan general de intervención sobre drogas, sobre un proyecto elaborado durante bastantes meses de trabajo por un grupo de expertos penitenciarios, programa que estamos aplicando desde hace aproximadamente un año de forma experimental en siete centros, Almería, Alicante II, Granada, Huelva, Madrid VI, Málaga y Palma de Mallorca. Se trata de un programa que contempla una estrategia global en este ámbito, una actuación conjunta y coordinada de las diferentes áreas profesionales de la institución penitenciaria y también con las fuerzas de seguridad y una mejora en la recogida y tratamiento de la información. Como les decía, llevamos aproximadamente un año trabajando con este plan en siete centros.

Entre las líneas principales de actuación de este plan —insisto— de reducción u obstaculización a la entrada y al manejo de droga dentro de la prisión, se encuentran las siguientes: implicación de todos los profesionales penitenciarios en la estrategia, constituyendo en cada centro un equipo multidisciplinar de las áreas de tratamiento, sanidad y seguridad que se encargará del diseño, coordinación y supervisión de la estrategia global de intervención. Hemos entendido que hacer actuaciones parceladas solo desde la óptica de la seguridad, de la sanidad o del tratamiento restaba fuerzas para acometer un problema que tiene que ser abordado desde todos los ángulos. Se hace un trabajo de identificación de los internos con problemas de consumo para su motivación e inclusión en programas de intervención, así como

también se hace un trabajo específico de detección de internos vinculados a la introducción y tráfico de estupefacientes.

El plan contempla también el desarrollo de campañas informativas concienciando del daño producido por las drogas y de los efectos legales que conlleva el tráfico en los centros penitenciarios. Estas campañas no solo están dirigidas a los internos sino también a los familiares, que son un elemento de alto riesgo en cuanto a la introducción de drogas en prisión. Se ejerce un específico control de las personas que pueden realizar trapicheos dentro de la prisión, tanto proveedores como clientes, a través del trabajo de nuestros grupos de control y seguimiento de internos. Este programa incluye la intensificación de los controles, cacheos, requisas y registros y también tiene un apartado específico que está basado en la coordinación y colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y, en concreto, con las intervenciones con unidades caninas especializadas en la detección de sustancias estupefacientes en el interior de los centros. Como les dije, este plan está funcionando hace aproximadamente un año y estamos haciendo la primera evaluación de resultados de esta fase que considerábamos experimental. Los resultados son muy esperanzadores y la valoración positiva que hacemos del plan nos ha llevado a decir implantarlo en todos los centros penitenciarios a partir de los próximos meses y a lo largo de todo el año 2011.

El otro ámbito de actuación que voy a citar a continuación se refiere a las intervenciones sobre la demanda, que son las actuaciones propiamente terapéuticas y comprenden todas las acciones dirigidas a los internos drogodependientes consumidores que abarca desde la detección de estos internos hasta la intervención sobre ellos prestándoles asistencia psicológica, sanitaria, educativa y social, con el objetivo de conseguir el abandono de esta práctica y su rehabilitación. Quiero señalar que, en todo caso, las líneas básicas de actuación de esta Secretaría General en materia de política de drogas, así como sus características, se adecuan a la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016, ya que recogen los objetivos generales de esta estrategia: pluralidad, multidisciplinariedad, asistencia de calidad, reducción de daños, incorporación social, formación de profesionales, investigación, evaluación, coordinación y cooperación. Se optimiza la coordinación de todas las instituciones y agentes implicados en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, como son los planes nacionales y autonómicos sobre drogas y sida, así como las ONG del sector. Nosotros tenemos la peculiaridad de que, con excepción de Cataluña, esta es una competencia de la Administración General del Estado. Como ustedes saben, las competencias en materia sanitaria, acción social y otros ámbitos están transferidas a las comunidades autónomas y eso hace que tengamos que realizar un esfuerzo suplementario de coordinación y de entendimiento con ellas para desarrollar actividades conjuntas.

En el diseño y ejecución de los programas de prevención, asistenciales y de reincorporación social, se consideran los importantes cambios producidos en los últimos años en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno; cambios entre los que figuran un patrón de policonsumo cada vez más generalizado y el incremento de trastornos mentales en los consumidores de droga. Esto se ha convertido en un problema de primerísima magnitud en las prisiones españolas, pero no solo en las nuestras sino que lo estamos viviendo en los sistemas penitenciarios de toda la Unión Europea y cada vez es motivo de mayor preocupación, por lo que es necesario hacer abordajes sobre esta materia. Otros cambios que se han producido en estos últimos años son el incremento de la población extranjera y el envejecimiento de consumidores problemáticos, personas que arrastran muchos años de consumo; la necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo; la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir y el impulso de las medidas alternativas a la prisión, a través de los recursos específicos existentes para drogodependientes como cumplimientos en unidades terapéuticas en el exterior, sobre lo que anteriormente les trasladaba una reflexión personal.

Las intervenciones dirigidas a la población penitenciaria se estructuran en torno a tres áreas fundamentales, que están interrelacionadas entre sí: reducción de riesgos y daños y prevención; asistencia y reincorporación social. Brevemente trataré de definir las líneas principales en las que trabajamos. El objetivo principal en el área de reducción de riesgos y daños y prevención consiste en reducir los efectos nocivos a nivel sanitario, psicológico y social del consumo de drogas. Estos programas están dirigidos principalmente a evitar la transmisión de enfermedades contagiosas e impedir el deterioro de la salud de los propios consumidores. Los principales programas de reducción de riesgos y daños son: prevención y educación para la salud; programa de intercambio de jeringuillas y tratamiento con metadona. Por lo que respecta a las estrategias preventivas y educación para la salud en el ámbito penitenciario, es fundamental desarrollar actuaciones dirigidas a mejorar la información sobre las drogas, evitar el inicio al consumo, reducir el consumo, reducir conductas de riesgos, educar para la salud, cambiar actitudes relacionadas con el consumo, dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones usuales de incitación al consumo y mejorar la competencia individual y social. Estas actuaciones se estructuran en programas que se desarrollan en forma de talleres: de prevención del inicio del consumo; de consumo de menor riesgo; de uso de metadona; de alcoholismo; de manejo del estrés; habilidades sociales; habilidades de comunicación y resolución de conflictos; también hay cursos específicos de mediadores en salud. Los talleres consisten en sesiones grupales

programadas, charlas informativas y entrevistas individuales. En los centros penitenciarios están implantados los programas de prevención y educación para la salud, por los que durante el año 2009 pasaron 32.436 internos; esto supone un incremento desde el año 2004 hasta el año 2009 —que es el que hemos tomado como referencia— de 18.767 internos más, esto es, un 137,3 por ciento.

En cuanto al programa de intercambio de jeringuillas, quiero señalar que está constatado que contribuye enormemente a disminuir la transmisión de enfermedades contagiosas, entre las que cabe citar la infección por VIH/sida y hepatitis C. El objetivo de este programa es garantizar la vida y la salud de las personas. Durante el año 2009 ha habido usuarios del programa en treinta y un centros penitenciarios y se han distribuido 12.043 jeringuillas. Quiero decir que se ha producido un importante descenso en el número de jeringuillas distribuidas en los últimos años, aproximadamente un 46 por ciento menos cada año, debido, entre otras, al menor uso de la vía intravenosa para el consumo de drogas. Les daré un dato significativo: en el año 2004 se distribuyeron 22.356 jeringuillas, con una población reclusa que era un 27 por ciento menor que la del año 2009, año en el que se distribuyeron 12.043 jeringuillas. Este es un programa que va a la baja, lo que quiere decir que cambian los patrones de consumo y que, por tanto, tenemos menor necesidad de esta forma de consumo que llevaba aparejados tantos riesgos para la salud de las personas.

En cuanto al tratamiento con metadona, constituye una de las intervenciones más efectivas en la reducción de riesgos y daños, así como en el tratamiento de la dependencia. Decimos más efectiva porque en esta intervención participa un número muy alto de drogodependientes que se integran en este programa y por los beneficios individuales y colectivos que se obtienen al favorecer la disminución del consumo de drogas, la evitación, obviamente, del consumo por vía intravenosa, la mejora del estado físico y mental y también, como efecto secundario, el descenso de la conflictividad. Durante el año 2009 recibieron tratamiento con metadona 18.212 internos drogodependientes. En lo que llevamos de año han seguido este tratamiento más de 6.900 internos, que viene a representar el 10,5 por ciento del total de la población penitenciaria. Dependiendo de las características y situación personal de los drogodependientes, el tratamiento con metadona en las prisiones no queda limitado a una intervención exclusiva de reducción de daños, como es la prescripción y dispensación del fármaco, sino que también va acompañado de intervenciones realizadas con la mejora de la competencia psicológica y social, incrementando la eficacia y efectividad del tratamiento sustitutivo. Durante el año 2009 pasaron 4.606 internos por el programa específico de intervención psicosocial para internos en tratamiento con metadona. Es un porcentaje muy significativo de todos los que estaban siguiendo este programa. Desde el año 2004 se ha producido un descenso en el número

de internos en metadona. Tenemos un 19,64 por ciento menos, y si consideramos —como les decía— que la población reclusa ha aumentado en su conjunto, el descenso porcentual es todavía mayor. Este descenso tiene que ver también con los cambios producidos en las drogas de consumo en los últimos años, ya que se reducen los internos que a su ingreso en prisión eran consumidores de heroína como droga principal, mientras que se incrementan los consumidores de cocaína. Sin embargo, en los programas específicos de intervención psicosocial de estos internos se ha producido desde 2004 un incremento del 28,10 por ciento.

El área de asistencia es en la que agrupamos los programas de deshabitación. Las intervenciones de deshabitación se dirigen a internos drogodependientes con buenas perspectivas para iniciar un proceso de cambio orientado a la abstinencia. Abarcan actividades individuales y grupales dirigidas a la adquisición de estrategias y pautas de conducta que contribuyan a la normalización e integración social. Se desarrolla en dos modalidades: tipo ambulatorio y en módulo terapéutico. En las intervenciones de deshabitación ambulatoria las actuaciones se desarrollan dentro de un programa específico, proporcionando a los drogodependientes una atención de tipo ambulatorio, conviviendo los internos asistidos en esta modalidad con el resto de la población en módulo común y utilizando los recursos generales del centro: destinos, talleres, aulas de formación, etcétera. Durante 2009 se ha incluido a 6.645 internos en esta modalidad terapéutica. Con relación a 2004 se ha producido un incremento del 87,8 por ciento en el número de internos en programas de deshabitación. Las intervenciones de deshabitación también se desarrollan en un departamento específico al que llamamos módulo terapéutico, como metodología dirigida a un segmento de la población de perfil muy definido, proporcionando a los drogodependientes una atención intensiva, en jornada completa, y frecuente, con asistencia diaria, contando para ello con una estructura propia. Esto quiere decir que no comparten espacios ni actividades con el resto de los internos de la prisión, tienen sus propias aulas educativas, de psicoterapia, talleres ocupacionales, etcétera. La intervención es de carácter integral, abarcando actuaciones individuales y grupales desde las áreas psicológica, sanitaria, social y formativa. Durante el año 2009 se ha intervenido en 4.915 personas en módulos terapéuticos. En su conjunto, durante el año 2009 han pasado por programas de deshabitación —la ambulatoria, a la que me referí al principio, y los módulos terapéuticos— 11.560 personas. Por último, hemos de señalar los programas de reincorporación social, dirigidos a que los drogodependientes efectúen una incorporación eficaz a la sociedad. Se trabaja para dotar a los internos de recursos personales y habilidades sociales suficientes para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad. Durante el año 2009 han sido derivados 3.184 internos a centros comunitarios de metadona y 2.814

internos a centros comunitarios de deshabitación, 760 de ellos a comunidades terapéuticas extrapenitenciarias para continuar el tratamiento con motivo de alcanzar la libertad condicional, definitiva o provisional, y en los casos de tercer grado, el artículo 182 del reglamento penitenciario, que son los que les citaba, de derivación a comunidad terapéutica, que son la cifra menor. El número total de internos derivados a centros de tratamiento comunitario se ha incrementado un 14,36 por ciento desde el año 2004. Si ustedes ven las cifras de incremento que hemos tenido en todos los programas, verán que han sido notablemente superiores que en este, en el que —como le señalé al principio— tenemos un problema objetivo, que es el propio déficit de este recurso en algunas comunidades.

Con esto termino mi intervención inicial. Dejo los datos complementarios a demanda de sus señorías.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, pasamos a las intervenciones de los grupos parlamentarios. En primer lugar, tiene la palabra la representante del Grupo Socialista, señora Gómez, como solicitante de la comparecencia.

La señora **GÓMEZ SANTAMARÍA**: Señora Gallizo, en primer lugar quiero darle la bienvenida en nombre del Grupo Parlamentario Socialista y agradecerle que haya atendido esta petición de comparecencia y la información que nos ha trasladado.

Al comienzo de su intervención ha dado dos datos que considero fundamentales. En primer lugar, que el 80 por ciento, un porcentaje muy alto de las personas que ingresan en prisión había consumido en periodos próximos a su ingreso en ella. También nos ha dicho que la droga está detrás de la mayor parte de los delitos, bien sea por consumo, bien sea por tráfico o bien por ambas cosas, y por tanto es la primera causa que lleva a las personas a prisión en nuestro país. Evidentemente, el hecho de ir a prisión no aparta a estas personas de la droga, lo que hace es trasladar el problema al interior de las prisiones, convirtiéndolo en una de las principales preocupaciones de Instituciones Penitenciarias y, por supuesto, en una de las principales preocupaciones que recaen sobre los responsables de dirigir esos centros.

Hay que resaltar todas las medidas que se han puesto en marcha para evitar la entrada de droga en los centros penitenciarios, lo que se llama reducción de la oferta. Es cierto que esto se viene haciendo desde hace muchísimos años, pero hay que resaltar que en los últimos años se ha dado un impulso muy importante a este programa fomentando la formación de los funcionarios en los tipos de drogas con los que se pueden encontrar, que sabemos que es algo cambiante no solo en cuanto a las sustancias sino también en cuanto a su forma de presentación, y en las diferentes formas de introducir la droga en los centros penitenciarios, que sabemos que son de lo más sofisticado que nos podamos encontrar. Se han instalado nuevas tecnologías, no solamente mejores aparatos para

detectar la introducción de droga en los centros, sino también en relación con el movimiento que se puede producir dentro de ellos, eliminando por ejemplo el manejo de dinero, sustituyéndolo por tarjetas, cuyos movimientos son mucho más fáciles de seguir. Todas estas medidas junto a otras que son puramente de investigación policial o de seguimiento de recursos, lógicamente, con la participación de los funcionarios de los centros, están dando lugar a éxitos importantes. Voy hacer referencia, por ejemplo, a una operación que ha tenido lugar recientemente, hace quince o veinte días, en el centro penitenciario de mi comunidad autónoma, en El Dueso. No solo en este centro penitenciario, sino también en otros se ha desarticulado una trama importante de tráfico de drogas dentro de las prisiones en el que han participado personas del exterior. Es importantísimo que sigamos apuntando en esta dirección para intentar desactivar en la medida de lo posible este tipo de tramas tan perfectamente organizadas.

Por otro lado, ha hablado de la reducción de la demanda. Sabemos que las medidas de reducción de la oferta son importantísimas, pero no podemos pensar que vamos a conseguir evitar que el cien por cien de las sustancias entren en los centros penitenciarios. Por tanto, tenemos que atender a las medidas de reducción de la demanda a las que usted ha hecho referencia, referidas a prevenir el consumo y a mejorar la salud de los reclusos. Nos ha hablado de los programas de deshabitación. No voy a entrar en ello para terminar mi intervención lo más rápido posible. No ha hablado de deshabitación ambulatoria, de módulos terapéuticos, de programas de reducción de daños, de programas de reincorporación social. Creemos que la tarea que se ha realizado en todos estos programas —teniendo en cuenta además, como usted muy bien ha dicho, que la prisión no es el medio más adecuado para tratar a las personas que tienen estos problemas— es importantísima. Es una tarea en la que debemos de reconocer y felicitar el trabajo de los funcionarios, pero no solo de los funcionarios de prisiones, sino también de todo el personal externo y, por supuesto, de las organizaciones no gubernamentales que llevan muchos años trabajando con Instituciones Penitenciarias en el desarrollo de estos programas, trabajando con personas en un medio en el que no es fácil hacerlo, con problemas muy graves; personas que —como he dicho en alguna ocasión— sufren una doble condena: por un lado, la privación de libertad y, por otro lado, la dependencia de las drogas, que en la mayoría de los casos o en casi todos lleva aparejados problemas de salud física y mental, problemas familiares, problemas sociales, problemas laborales, en definitiva, problemas de desarraigo en muchos casos total.

Comparto absolutamente con usted que se deben potenciar el medio abierto y las medidas de cumplimiento alternativo, porque están previstos en la legislación y facilitan tanto el desarrollo de la vía terapéutica como de la inserción sociolaboral. En este sentido, me gustaría pedirle todos los esfuerzos posibles. Tiene a su

disposición a este grupo parlamentario y —estoy convencida— a todos los grupos que formamos parte de esta Comisión para insistir en que realmente se establezcan medidas de cumplimiento alternativo, para que se quiten las trabas para llevarlo a cabo y para establecer los convenios necesarios para poderlo desarrollar.

Mi grupo parlamentario quiere felicitar a Instituciones Penitenciarias por esa valoración tan positiva que han hecho los organismos internacionales de los programas que se están desarrollando. Es una valoración positiva tanto en cantidad como en calidad, porque es muy importante que todas las personas que quieran acceder a estos programas puedan hacerlo.

Finalizo, señora Gallizo, con dos cuestiones muy breves que me gustaría que, si es posible, nos ampliara un poco en la siguiente intervención. Respecto a la evaluación de estos programas, sabemos que la evaluación es un indicador de la eficacia y me gustaría que nos diera algún dato o alguna información complementaria sobre ella. Por otro lado, le pediría que nos hiciera una valoración de la labor del Consejo Social Penitenciario, que es el organismo en el que participan todas las organizaciones no gubernamentales que colaboran en prisión con estos programas.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) tiene la palabra la senadora Aleixandre.

La señora **ALEIXANDRE I CERAROLS**: Siento haber llegado tarde. Bienvenida, doña Mercedes Gallizo, a esta Comisión, en nombre propio y de mi grupo parlamentario.

Usted nos habló de la reducción de la oferta. Nos ha dicho que una unidad cerrada era un contrasentido. Sabemos lo difícil que es. En el caso de Cataluña parte de las competencias en prisiones están traspasadas y por tanto sabemos perfectamente lo complejo que es blindar las prisiones ante la llegada de drogas. Sin embargo hay algunas cuestiones sobre las que me gustaría saber su opinión. ¿Usted cree que la permisividad de la sociedad hacia el cannabis o la coca en una época ha influido en que en las cárceles hubiera más drogas de este tipo? En segundo lugar, ha hablado usted de la identificación de los internos vinculados al consumo. Esto es facilísimo. El cribaje en orina es clarísimo y usted puede buscar en un solo cribaje prácticamente todas las drogas que hay en el mercado. Lo estamos haciendo con los deportistas, ¿por qué no con los internos? Otra cosa distinta es poder evitar que llegue droga. En los pocos contactos que he tenido con el mundo de los centros penitenciarios he podido apreciar que eso es complejísimo, pero localizar a los que están ligados al mundo de la droga como consumidores es más fácil técnicamente.

Estamos de acuerdo en que uno de los grandes problemas a los que ustedes deben enfrentarse es la patología dual. Si en la calle es uno de los grandes problemas, evidentemente lo es mucho más en estos sistemas

cerrados, y además mucho más peligroso, porque en las patologías duales la parte de psiquiatría es tan importante o más que la parte de drogas.

Usted ha hablado de cumplimiento en unidades terapéuticas. Mi duda, quizás por ignorancia, es: ¿Es obligatorio? Y si no es obligatorio, ¿hay reducción de penas si se incluyen en estos programas? ¿Qué ventajas tienen los internos en caso de que cumplan parte de su tiempo en estas unidades terapéuticas?

Me ha llamado la atención la reducción de daños. Evidentemente se hace como en el exterior: intercambio de jeringuillas. Si tú estás dando jeringuillas a alguien sabes perfectamente que son para pincharse, para inocularse droga. Por tanto, la localización ya está. ¿No sería lógico que se les obligase —entre comillas— de alguna manera a incorporarse a programas de metadona, por ejemplo? Me llama la atención que no podamos hacer esto. Ya sé que es complicado, pero así como otras drogas, como la coca o incluso el cannabis, es fácil que se transmitan de alguna otra manera sin que los tengan ustedes localizados, en el caso de las jeringuillas saben perfectamente a quién están dando la jeringuilla, y estamos hablando de 12.000 jeringuillas. Ha bajado; ha bajado porque el uso de la heroína, todos lo sabemos en esta Comisión, ha disminuido en la sociedad en general.

Estoy de acuerdo también con el tema de la metadona. Ha sido si no una solución, al menos una alternativa. También estoy de acuerdo con mi compañera del Grupo Socialista, Gloria, en que la evaluación de los programas es interesante. A nosotros también nos gustaría saber cómo lo han evaluado ustedes. Ya sé que no afecta a nuestra comunidad, pero su experiencia sería muy interesante.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Pintado.

El señor **PINTADO BARBANOJ**: Quiero agradecer la comparecencia de la secretaria general de Instituciones Penitenciarias, que quiero recordar que ya compareció en esta Comisión anteriormente por un problema de drogas que hubo en algunas de las cárceles del sistema penitenciario de nuestro país.

La intervención que nuestro grupo va a realizar se va a focalizar en un aspecto que nos parece que es donde está la clave. Estamos de acuerdo con la parte de su intervención en la que ha hablado de los programas de salud que se han desarrollado en el sistema penitenciario de nuestro país, no durante todos estos últimos años, sino hace tiempo, con resultados relevantes muy positivos, por los cuales hay que felicitar a los profesionales que trabajan en este ámbito. Se han puesto en marcha programas de prevención y de educación para la salud. Ha sido un paso muy positivo en la asistencia sanitaria en el mundo de las drogodependencias. Usted no ha dado el dato, ha dicho que era importante. Yo le voy a dar el dato: según la última encuesta, la entrada en el sistema

penitenciario español procedente del mundo de la drogadicción, tanto del ámbito del consumo como del ámbito del tráfico, está actualmente sobre el 75 por ciento. Es un dato muy significativo, muy a tener en cuenta.

En su última comparecencia en esta Comisión nos dijo que el principal objetivo del sistema penitenciario era la reinserción social y es una cuestión en la que todos estamos de acuerdo, pero nosotros pretendemos analizar, desde el punto de vista de los drogodependientes, si se cumple o no se cumple la reinserción desde el punto de vista de la asistencia sanitaria. El artículo 43 de nuestra Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud y sobre esa base se han desarrollado una serie de normativas que afectan al Sistema Nacional de Salud, transferido en muchos casos a las comunidades autónomas. Lógicamente, la asistencia sanitaria requiere esfuerzos por parte de todas las administraciones, especialmente de las comunidades autónomas y de la Administración General del Estado, en los principios de racionalización, de distribución del gasto, de flexibilización y de forma muy especial en el principio de la coordinación. A nuestro juicio es el primer punto clave de la comparecencia. De hecho, cuando se analizan los informes del Plan nacional sobre drogas, tanto para la estrategia como para el plan de acción, si hay una parte de autocritica, esa parte es la falta de coordinación con la propia Administración de las comunidades autónomas. Instituciones Penitenciarias no escapa a esa crítica, señora secretaria general, y vamos a intentar explicarlo. La ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su disposición adicional sexta, preveía en el plazo de dieciocho meses la transferencia de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas. Usted ha pasado de puntillas por este asunto. La he querido entender que es el garbanzo en el zapato. Entendemos que no es el típico caramelo que reclaman las comunidades autónomas a la hora de reivindicar transferencias de competencias, pero nuestro grupo entiende que puede ser una de las claves. De hecho, me referiré posteriormente a uno de los informes que está colgado en la página web de la secretaría general sobre calidad asistencial en sanidad penitenciaria en España, en el que hay una serie de reivindicaciones y propuestas del propio sector de la asistencia sanitaria en el sistema penitenciario. Esa transferencia está recogida en la disposición adicional sexta —transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias—, que dice: Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de dieciocho meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios. Hasta noviembre de 2004. Quizás el cambio de gobierno que se produjo en el mes de marzo de aquel año pudo

paralizarlo, pero han pasado noventa meses y esa transferencia, salvo en alguna comunidad autónoma concreta, no se ha llegado a producir. Usted nos podría explicar —seguro que lo hará y si no aquí tendremos ocasión de debatir al respecto— los motivos; imagino que habrá incluso una casuística por comunidades autónomas para renegar y ponerse de uñas ante la recepción de estas transferencias. Hay una serie de trastornos tanto de tipo económico como derivados de la falta de transferencia que a nuestro juicio no son menores y que nos llevan a dos conclusiones iniciales: una, que el sistema sanitario penitenciario es un sistema estanco y, dos, que según la información que ustedes mismos nos facilitan desde Instituciones Penitenciarias, es un sistema estancado. No hay intercambio de información con el sistema autonómico. Se empieza de cero cada vez que el usuario es atendido cuando ha salido de prisión. Hay una desconexión entre la asistencia sanitaria penitenciaria y la atención especializada. No se han tomado las medidas oportunas; el preso sale de prisión, pero su historia asistencial se inutiliza, en el sentido de que no se pone a disposición porque no hay un sistema para transferirla. Falta capacidad de diálogo con las comunidades autónomas en relación con esta transferencia y la coordinación de este medio. Lógicamente, en esto estamos de acuerdo, esta no es una responsabilidad de los profesionales, que —como usted decía anteriormente— son el último eslabón de la cadena de atención y están trabajando muy bien con los programas que ustedes mismos han puesto en marcha. Reconocemos que hay una labor positiva que hay que poner en valor. Salud recuperada, al salir de la cárcel, salud perdida. Los esfuerzos, cuando se suman, se multiplican. En este sentido, señora secretaria general, el Partido Popular entiende que compensa hacer todos los esfuerzos posibles y en ese sentido me uno a la oferta de la portavoz del Grupo Socialista de tratar de trabajar para llegar a acuerdos que de alguna forma nos permitan desde esta Comisión pedir a las comunidades autónomas una apertura del diálogo para intentar dar solución a este problema. Es una parcela muy amplia de trabajo que hasta ahora no se ha asumido y que incide en la continuidad de la salud del interno y supone no solo su reinserción real en la vida normal sino también el ahorro de costes importantes para el propio sistema, ahorro del que podemos hablar, si es que tenemos tiempo, en esta comparecencia. Es un sistema estancado, porque entendemos que falta modernización, falta la implementación de nuevas tecnologías que están aplicadas en otros servicios y los profesionales tienen quizás pocas oportunidades de participar en una formación continua. Se ve también, y lo dicen ustedes en este informe, que hay desmotivación dentro del propio sector asistencial sanitario del sistema penitenciario. A juicio de este portavoz, con los datos económicos, es un sistema insostenible. Habrá que entrar en lo que decía al principio en cuanto a la racionalización de los costes del sistema asistencial penitenciario. En este sentido, nos gustaría que asumiera su responsabilidad. No vamos a

pedir lógicamente su dimisión por este asunto, pero sí que asuma responsabilidades para que se tomen decisiones concretas al respecto. Bien es cierto que cuando hablábamos anteriormente de ese 75 por ciento de entrada en las cárceles que tiene que ver con el mundo de la droga, bien en el ámbito del consumo o bien en el ámbito del tráfico, estábamos hablando de una población penitenciaria de unos 60 ó 70.000 reclusos. Seguro que ustedes tienen hechos los números en cuanto a los costes que esto supone. A lo que nos queremos referir es al hecho de que cualquier acción en esta línea no solamente se encamina al objetivo prioritario, que es devolver la salud a estas personas en la medida de lo posible, sino también a evitar el máximo de costes. Usted ha hecho referencia a la Recomendación de Madrid. La Recomendación de Madrid, en aquella reunión celebrada los días 29 y 30 octubre, no deja de ser un reconocimiento al sistema penitenciario español en cuanto a la aplicación de los programas, pero le sugeriría que ampliaran ese considerando en el que se dice que la protección de la salud en las prisiones no debe realizarse al margen de los servicios integrales de salud de los que dispone la comunidad, a la coordinación con los sistemas de España, porque tiene una singularidad específica, que son las competencias transferidas a las comunidades autónomas. Lógicamente, cuando uno lee la Recomendación de Madrid, que es una recomendación importante, basada en criterios establecidos por el Gobierno de nuestro país, nos llena de satisfacción que sea recomendable a otros países. Lógicamente aquí no se habla de lo que ocurre después, que es a lo que nos estamos refiriendo en nuestra intervención. Dicho esto, desde nuestro punto de vista hay que garantizar esa continuación coordinada al abandonar el régimen penitenciario. El Partido Popular entiende que la recuperación de la salud es clave para la rehabilitación social efectiva del preso. Si no hay salud va a ser muy complicado que esa persona se pueda integrar en la sociedad. El porcentaje de alto fracaso tras la salida del ámbito penitenciario no es responsabilidad de los profesionales asistenciales, es una responsabilidad del ámbito político, en este caso de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en cuanto a que, por las razones que esperamos que usted nos pueda después explicar, no se ha llevado a efecto este tipo de coordinación o quizás es muy complicado y entonces hay que tomar otro tipo de decisiones.

Si hablamos de costes, le pondré solamente un ejemplo que usted debe conocer, y hay diputados y senadores que a buen seguro son conocedores del tema. Es la experiencia que se ha realizado en la comunidad autónoma de Extremadura con la aplicación del sistema de telemedicina. De un año a otro ha habido setecientos traslados desde las prisiones al sistema de atención especializada y a través de la telemedicina se ha bajado en un año de setecientos a noventa. Solamente la repercusión en costes y en comodidad del propio sistema a la hora de aplicar este tipo de propuestas y de acciones es muy significa-

tiva. Cuando se hace un traslado tiene que haber dos guardias que acompañen a este interno.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** (Gallizo Llamas): Muchos más.

El señor **PINTADO BARBANOJ**: Si es un ingreso de veinticuatro horas, porque hay que hacer unas pruebas determinadas, son tres turnos. Al final uno se da cuenta de que con la aplicación de las nuevas tecnologías, a través de la telemedicina, se pueden conseguir resultados muy importantes y también motivar a los profesionales del sector. En este sentido, cuando hablamos de recomendaciones para mejorar las garantías sanitarias de los presos —me refiero a ese informe al que he aludido en mi intervención—, los propios profesionales piden establecer protocolos de actuación de los médicos en los hospitales de referencia a la hora de evitar traslados de internos, mejorar la gestión de las citas, facilitar la realización de sesiones clínicas o jornadas científicas conjuntas, conectar los centros penitenciarios a la red informática de la comunidad como si se tratase de un centro de salud más, aplicar la telemedicina, facilitar el desplazamiento de determinados especialistas al centro penitenciario y mejorar la asistencia psiquiátrica ambulatoria. Es decir, se ve que hay un campo importante en el que, en coordinación con las comunidades, podemos trabajar. Si se traslada la competencia directamente a las comunidades autónomas, ¿este asunto estará solucionado? La respuesta quedaría en el aire, porque al no estar transferida es un debate de futuribles.

En resumen —y para ir terminando mi intervención—, diría que la presencia de la droga en prisión hace imposible una verdadera recuperación del interno. La percepción de la disponibilidad de la droga en prisión es total; la senadora Aleixandre se refería anteriormente a ello y estamos totalmente de acuerdo. Señora secretaria general, no es que haya encuestas, es que hay vídeos de YouTube, de ex internos del sistema penitenciario de España —y no uno, bastantes— en los que hablan de esto con toda claridad; dicen que la percepción que tienen del acceso a la droga es total. El propio Plan nacional sobre drogas habla de que de un 3 a un 25 por ciento de los presos drogodependientes inician el consumo en prisión. Quiero recordar que de esto hablamos en su última comparecencia.

Medidas para controlar y erradicar el tráfico en las prisiones. Estamos en política y hablamos de la botella medio llena y de la botella medio vacía, pero nos llama la atención, cuando la portavoz del Grupo Socialista felicitaba a Instituciones Penitenciarias por lo que ha ocurrido en la prisión de El Dueso, que esto se venda como un éxito. Será un éxito el hecho de haber detenido a cincuenta y dos personas que estaban en una trama de corrupción con el mundo de la droga, pero habrá que reconocer que alguna responsabilidad de la Administración habrá en el hecho de que se pueda llegar a establecer

una red de tráfico de drogas originada y dirigida desde la cárcel. No es para felicitarlos. Yo felicito a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado por su actuación y también a la justicia; ojalá que se detecten siempre, pero algo está fallando. Lo que no puede ser es que salga en una noticia —que parece una película de Berlanga— que la droga se tira por encima de la tapia y pasa un interno y la recoge. Creemos que se podrán hacer mejoras en el sistema penitenciario, en algunos centros, para evitar esta entrada de droga.

Ahora sí que termino con otro asunto colateral, pero que creo que es importante referirnos a él en esta Comisión y preguntarle a usted personalmente. Señora secretaria general, hemos echado en falta algún tipo de manifestación por su parte sobre la declaración de propuesta de legalización de las drogas que hizo el ex presidente del Gobierno. Le puedo decir que esto está creando confusión en la comunidad terapéutica.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** (Gallizo Llamas): Perdona, pero no le he entendido bien.

El señor **PINTADO BARBANOJ**: Me refiero a la solicitud de legalización de las drogas que hizo el ex presidente del Gobierno. No es miembro del Gobierno, lógicamente, pero es una persona de gran relevancia y sus manifestaciones tienen mucha influencia en la opinión pública. Desde la propia comunidad asistencial sanitaria y terapéutica nos ha llegado que hay confusión, desde el punto de vista de creación de problemas éticos, y desde la sociedad civil, por parte de algunas organizaciones, que incluso hay ansiedad, y nos pedían nuestra opinión. Creo que esta Comisión no tiene dudas a ese respecto. Es más, quiero agradecer la intervención que realizó la delegada del Plan nacional sobre drogas a la hora de salir a corregir ese tipo de manifestaciones y de dejar clara la posición. Pero habida cuenta del problema que hemos identificado aquí sobre ese 75 por ciento de personas que ingresan en prisión y que tiene que ver con el mundo de las drogas, nos hubiera gustado, señora secretaria general, que se hubiera referido a ese asunto, que lógicamente no vamos a abordar ahora en esta Comisión pero que, en cualquier caso, estamos dispuestos a abordar en cualquier momento.

La señora **PRESIDENTA**: Para contestar a las cuestiones que han formulado tiene la palabra la señora secretaria general de Instituciones Penitenciarias.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** (Gallizo Llamas): Muchas gracias por sus intervenciones y sus consideraciones.

Comparto la mayor parte de las cosas que ha señalado la señora Gómez en su intervención y que yo he expuesto con claridad en la mía. La droga es, y conviene que lo digamos aquí, no solo un grave problema de salud

pública sino que es lo que todavía hoy lleva a la mayor parte de las personas al delito y, por tanto, a la prisión. Toda persona que se inicia el consumo de drogas tiene que saber esto; tiene que saber que no sólo está entrando en una práctica de riesgo sino en una práctica que de forma inevitable le va a llevar a relacionarse con el mundo del delito y que muy probablemente le llevará a prisión. Estamos luchando contra esto, pero es conveniente que traslademos ese mensaje a la sociedad. La entrada en prisión lo que hace es trasladar de sitio un problema que existe fuera y que también existe dentro en mucha mayor proporción, porque, obviamente, la droga lleva al delito y el delito a la prisión. Por tanto, es lógico que sea muy alta la proporción de personas que hay en prisión por esta razón.

Agradezco también la referencia que ha hecho a la intervención de personal externo y de ONG. Como usted ha mencionado, en nuestros programas, por primera vez en el ámbito de Instituciones Penitenciarias existe un Consejo Social Penitenciario que nos está ayudando a coordinar y a mejorar las relaciones entre las diferentes organizaciones que intervienen trabajando con nosotros, muchas de ellas trabajando específicamente en el ámbito de las drogodependencias y, además, desarrollando un trabajo de extraordinario interés. Pero yo siempre digo también que la tarea de las ONG es extraordinariamente importante y fundamental, pero en ningún caso debe obviar las responsabilidades que tenemos en las administraciones públicas de desarrollar programas que sean capaces de abordar toda la problemática que tenemos. Pero es justo reconocer que sin las organizaciones, tanto las laicas como las religiosas, sería difícil que pudiésemos hacer buena parte de las cosas que hacemos.

También agradezco que haya reconocido —no lo ve de la misma manera el señor Pintado— la operación que se hizo en el centro penitenciario de El Dueso; así entendemos la política penitenciaria, y las prisiones son parte de la política de seguridad del Estado, en todos los ámbitos, tanto en la delincuencia organizada, como en el crimen organizado, en el terrorismo y también en todo tipo de lucha contra el delito. Somos perfectamente conscientes de que de la misma manera que por el hecho de traspasar el umbral de una prisión una persona no deja de tener los problemas que tenía antes y de tener, en este caso —como hemos dicho esta tarde—, problemas de drogodependencia, de salud o de mentalidad, también hay muchas personas que pretenden seguir desarrollando su actividad delictiva dentro de la prisión. Nos engañaríamos si pensásemos que desaparece esa capacidad de hacer daño y de seguir vinculado al mundo del delito simplemente por cruzar el umbral de un centro penitenciario. Lo que nos tiene que preocupar es nuestra capacidad para detectar y para combatir eso cuando se produce, sobre todo cuando empieza a producirse. Uno de los grandes avances que hemos realizado, con el compromiso y el trabajo de mucha gente, en estos últimos años, en particular en los dos últimos años, ha sido precisamente desarrollar un trabajo más intenso de control

y prevención para que no se intenten desarrollar actividades delictivas dentro de la prisión, y el trabajo de nuestros funcionarios no solo facilita la labor de las fuerzas de seguridad sino que en muchas ocasiones está en el origen de algunas de las operaciones, que, como es lógico, aparecen como operaciones de las fuerzas de seguridad, porque así tiene que ser, pero que, repito, han tenido su origen en el interior de las prisiones. Yo no puedo ni quiero decir nada más sobre esta materia, pero sean conscientes de que tenemos que hacer un trabajo de coordinación entre todas las fuerzas de seguridad que nos ayude en la lucha contra el crimen, sobre todo contra el crimen organizado, que es uno de los problemas más importantes que tenemos en el mundo de hoy.

Comparto la preocupación sobre la necesidad de potenciar el medio abierto y los centros terapéuticos, sobre la posibilidad de cumplir la condena en un centro terapéutico. Me preguntaba la diputada de CiU sobre si una persona puede obtener un beneficio penitenciario, no se si se refería —no le he entendido bien la pregunta— a un módulo terapéutico o a un centro terapéutico, porque un módulo terapéutico sería dentro de la prisión y un centro terapéutico puede ser externo. En el sistema penitenciario español, en el sistema penal, ya no existen los beneficios penitenciarios; con la reforma del Código Penal se eliminaron, salvo para las personas que fueron juzgadas por el anterior código. Obviamente, a efectos de valoración de la evolución personal de alguien y de su capacidad para reincidir, para seguir delinquiendo, es fundamental que esa persona haya seguido o no un programa de deshabituación del consumo de drogas y haya conseguido superar su adicción, porque el pronóstico que va a tener va a ser mucho más favorable. Si alguien llegó al delito por la droga y supera ese problema, va a ser mucho más fácil que sea clasificado en tercer grado o que pueda tener un permiso que una persona que sigue teniendo ese problema y se niega a participar en algo.

No sé si era usted misma quien se hacía la reflexión de los programas de intercambio de jeringuillas. No voy a hacer aquí un monográfico sobre ese tema, que es bien interesante y controvertido en algunos países. España, en su día, hace ya muchos años, afortunadamente tomó una decisión valiente en el ámbito penitenciario, que han mantenido todos los gobiernos, que fue la de aplicar esta política de aceptar que hay cosas contra las que tienes que luchar pero no cerrar los ojos a su existencia. Esto ha sido valorado por el resto de países y algunos de ellos están aplicando ahora esta experiencia como una política muy importante para evitar los contagios y las muertes en prisión. No les he dado datos de salud, aunque estaré encantada de proporcionárselos si ustedes tienen interés, pero sí les diré que el descenso de infecciones por VIH, de muerte de personas con sida ha sido importantísimo en estos años, y en eso ha tenido mucho que ver el que se haya desarrollado este programa. Nosotros no podemos obligar a nadie a seguir ningún tratamiento, como no se puede hacer en el exterior, y mucho menos

a formar parte de una unidad terapéutica en la que si no entras voluntariamente no tiene ningún sentido; la voluntariedad es el primer paso para la aceptación de que tienes un problema y que lo tienes que resolver. Me preguntaba también por los análisis de orina para detectar el consumo. Obviamente se hacen de forma regular, sobre todo, a las personas que salen de permiso, que son las que tienen un mayor riesgo de consumir o de introducir algún tipo de sustancias. Esto, por supuesto, forma parte de nuestro día a día. De todas formas, repito que es imposible obligar a nadie a entrar en un programa al que no se quiere incorporar, por una parte, porque forma parte de su derecho no querer hacerlo y, por otra parte, porque sería absurdo, ya que el primer requisito es la voluntariedad.

Al señor Pintado le agradezco muchísimo todas estas reflexiones sobre el cumplimiento de la Ley de cohesión del Sistema Nacional de Salud y sobre la necesidad de transferir la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas. Llevo seis años luchando por esto. Una de las primeras cosas que hice cuando llegué a este cargo fue empezar a trabajar en ese terreno, porque ya tenía que haberse producido esa transferencia. Empezamos a trabajar, a preparar todo lo que era la parte de documentación y análisis del sistema de cara a poder hacer la transferencia. Tuvimos una primera reunión con todas las comunidades autónomas en el entonces —creo— Ministerio de Administraciones Públicas y todas ellas —lo diré suavemente— han manifestado un escaso interés por asumir esta competencia. Yo soy poco de tirar la toalla, no la tiro nunca y no la he tirado tampoco en este terreno. Personalmente me he reunido con todos los consejeros de todas las comunidades autónomas y hemos intentado avanzar en este terreno. Dada la resistencia a asumir la competencia, lo que sí hemos hecho ha sido trabajar para crear puentes que condujesen a ese camino.

Algunas de las cosas que usted mencionaba que deberíamos hacer las estamos haciendo desde hace mucho tiempo; la telemedicina la hemos implantado nosotros. Hace bastante tiempo que hemos dotado todos nuestros centros penitenciarios con los equipos suficientes como para poder hacer consultas a distancia a través de la telemedicina. Hemos realizado esa dotación y estamos trabajando intensísimamente con todas las comunidades autónomas que tienen la capacidad y la posibilidad de hacer consultas a distancia, a través de telemedicina, para que las hagan, pero sólo algunas de ellas han contestado positivamente. Usted ha puesto el ejemplo de Extremadura, que lleva ya algún tiempo, porque creo que fue la pionera en esta materia, y ahora, afortunadamente, se han incorporado algunas comunidades más, a veces no en todos los centros penitenciarios de la comunidad, pero sí en algunos, y hay otras en las que tenemos serias dificultades. Si usted tiene alguna capacidad de influir sobre ellas, porque en algunas gobierna su partido, le agradeceré infinitamente que trate de explicar esto que me explicaba mí, que no hace falta que me lo diga porque

soy una convencida de las grandes ventajas que tiene la telemedicina. Por ejemplo, en el caso de la Comunidad de Madrid llevamos un año intentando que nos pongan hospitales y centros de referencia donde poder pasar las consultas a través de telemedicina y no ha sido posible que nos den una contestación positiva. Insisto en que en todos los centros, al menos en todos los de la Comunidad de Madrid, tenemos preinstalación de telemedicina, pero si no está la contraparte es imposible que funcione porque, como usted bien sabe, la telemedicina requiere que haya alguien al otro lado. Les hemos explicado a todos el ahorro en costes y en seguridad, porque no se trata solo de las fuerzas de seguridad que tienen que desplazarse con los internos a las consultas sino del riesgo que puede haber en una consulta, ya que uno de los momentos más críticos para preparar una posible fuga es justamente la salida a hospitales; es un elemento que entraña un cierto riesgo y de esta manera se evitaría. Se reserva solo la salida a hospitales para los casos en los que haya que hacer una intervención de mayor relevancia. Como le digo, en algunas comunidades estamos avanzando más y en otras menos, pero, afortunadamente, cada año se va incorporando alguien más.

Usted decía que nuestro sistema sanitario es estanco y está estancado. No se lo acepto; no es estanco porque no sólo estamos haciendo un esfuerzo sino que hemos cambiado sustancialmente —a lo mejor era así hace unos años, pero no ahora— nuestra vinculación con los sistemas de salud de las comunidades autónomas. En varias comunidades hemos unificado nuestras bases de datos, que era a lo que usted se refería cuando decía que un interno cuando sale no tiene un historial, y ya está corregido. Desde hace algún tiempo compartimos historias clínicas y estamos dentro de los mismos sistemas informáticos; por tanto, se le está dando una continuidad. Ya les dije al principio que tenemos la dificultad de que somos la Administración General del Estado y la comunidad autónoma es quien tiene las competencias. Decía que con los datos económicos este es un sistema insostenible, entre otras cosas, porque estamos pagando doblemente por la asistencia sanitaria, señor Pintado. En un país en el que la asistencia sanitaria es gratuita, resulta que si nosotros enviamos a un paciente —que si estuviese en libertad le atenderían en un hospital público sin ningún coste— desde la prisión tenemos que pagar su estancia como si fuese un extraterrestre y no una persona que vive en este país. Eso forma parte del problema y estamos intentando resolverlo. Yo tengo mucha paciencia y como, además, creo que es mejor llevarse bien, hago todos los esfuerzos posibles para llevarme bien con los responsables sanitarios de las comunidades autónomas. También quiero decirle que hemos tenido avances con algunas de ellas, y no todas son de signo socialista, hay algunas comunidades gobernadas por el Partido Popular que están haciendo un trabajo interesante en ese ámbito.

Como el grueso de las cosas que usted ha mencionado está relacionado con esto, tengo que decirle que lo que

hay es esto y, por tanto, no cabe plantear cosas que están fuera de lugar y de contexto. Si pudiese hacer esta transferencia por decreto le aseguro que la hubiera hecho hace mucho tiempo, pero no tengo esa posibilidad y, por tanto, no tengo la responsabilidad de que no se haya hecho. Mi responsabilidad era preparar no solo la documentación sino también nuestras propias infraestructuras. Nosotros hemos hecho una importantísima inversión no solo en telemedicina sino también en modernización de nuestras enfermerías y de toda la dotación que teníamos en nuestros centros penitenciarios para que las comunidades autónomas no tuviesen la preocupación de tener que hacer una inversión al asumir esta competencia porque estaría todo hecho una cochambre. No está hecho una cochambre; hemos hecho un gran esfuerzo por modernizar, por hacer reformas en todas las enfermerías y por tener todo en perfecto estado de revista. Ahora hace falta un poquito de voluntad política y perder el miedo a esta competencia que algunos piensan que es poco apetecible y me parece que se equivocan, porque el gran conocimiento que se tiene en la sanidad penitenciaria de los problemas de salud pública, sobre todo, en lo que se refiere a las enfermedades infecciosas y a los contagios, va a ser de una extraordinaria utilidad e importancia para el conjunto de los sistemas sanitarios. Creo que van a salir ganando mucho más con la aportación de nuestros profesionales que, como le digo, en algunos casos son magníficos; no solo son buenos profesionales, que lo son todos, sino que en algunos casos son magníficos.

Me preguntaban también por la evaluación de programas que, obviamente, hacemos de una manera sistemática. No tenemos inconveniente en facilitarles toda la información que quieran. Hoy me acompañan algunos de los responsables de la sanidad penitenciaria a los que también quiero poner a su disposición para que les faciliten toda la información que les parezca oportuno e interesante manejar en este ámbito, sobre todo, porque quizá nos pueden ayudar a mejorar las prestaciones y el entendimiento entre unos y otros y que no interfieran los diferentes colores políticos para que podamos hacer una gestión lo más adecuada posible en un aspecto tan específico como éste. Como les dije antes, nosotros tenemos un territorio que, aunque parezca que no forma parte de ningún sitio, está ubicado en sitios físicos concretos; y ahora hablamos de las competencias de la sanidad, pero podríamos hablar de educación, donde afortunadamente no tenemos este problema porque se transfirió hace algún tiempo, en algún caso más recientemente, a las comunidades autónomas, pero es parte de nuestro sistema político y territorial y tenemos que hacer el esfuerzo de mejorarlo.

La señora **PRESIDENTA**: Reglamentariamente hay un nuevo turno de intervenciones. Rogaría a los portavoces de los grupos que vayan a hacer uso de él que fueran lo más breves posible por el tiempo que tenemos.

Tiene la palabra la señora Gómez Santamaría.

La señora **GÓMEZ SANTAMARÍA**: Simplemente quiero hacer algunas aclaraciones.

En relación con la desarticulación de este tipo de tramas de tráfico dentro de las cárceles y fuera de ellas, tengo que decir que no vendo como un éxito que exista la trama, evidentemente vendo como un éxito el que se desarticule. Si somos conscientes de que la mayor parte de los delitos que llevan a prisión a las personas están relacionados con la droga, parece absolutamente demagógico decir que no vamos a tener este problema también dentro de las cárceles. Vamos a tener estas tramas dentro y fuera de las cárceles y muchas veces van a estar unidas entre ellas. Por tanto, lo que considero un éxito es que se desarticulen.

He creído entender al portavoz del Grupo Popular, señor Pintado, que mientras exista presencia de drogas en la cárcel es imposible la reinserción. Creo que es posible, aunque probablemente no en el porcentaje que todos quisiéramos, y se lo digo no como integrante de esta Comisión sino por mi experiencia laboral previa en el ámbito del cumplimiento alternativo de penas, en programas de formación y empleo. Es posible la reinserción pero, evidentemente, depende de muchísimos factores, por ejemplo, de que cuando salgan de prisión consuman o no, del apoyo que tengan, de si tienen o no trabajo cuando salen al exterior, etcétera. Depende de muchísimos factores, repito, y no solamente de que consuman o no. Cuando no hay una reinserción hay un alto porcentaje de reincidencia. Esto es motivo de preocupación, porque es cuando somos conscientes de que las medidas que hemos aplicado no han servido para nada.

Finalizo, señora presidenta, haciendo una consideración sobre lo que ha dicho el portavoz del Grupo Popular en relación con las declaraciones del ex presidente González. Creo que son unas reflexiones que se han hecho en el ámbito internacional, compartidas, por cierto, con personalidades y personajes bastante importantes, incluso con algún reciente premio Nobel. Independientemente de que se pueda estar de acuerdo o no, ahí están y pueden ser debatidas, estudiadas y analizadas, y creo que con ese interés se han hecho. En todo caso, el derecho de libertad de expresión es algo muy respetable.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Pintado.

El señor **PINTADO BARBANOJ**: Señora secretaria general, cuando usted se refiere al sistema de seguridad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado más los departamentos de seguridad e inteligencia, estoy de acuerdo, puedo entender la posición; como ciudadano de la calle, le diría que me cuesta entenderlo, como político, con una visión universal e integral del problema de la lucha contra la criminalidad, puedo entenderlo. Pero no podemos decir que estamos trabajando y avanzando en una dirección determinada en este sentido —su comparecencia está basada en el tema de la asistencia

sanitaria en el sistema penitenciario español— y mezclarlo con el otro asunto, que es de seguridad del Estado. Puedo entender el tema, pero no vamos a entrar en ese debate, entre otras cosas, porque ni siquiera es competencia de esta Comisión sino que es competencia suya y tiene otros foros y otras comisiones legislativas; de hecho, nosotros ni siquiera tenemos capacidad ejecutiva ni legislativa.

Ha hablado de las comunidades autónomas —centrándome en la contestación que me ha dado a alguna de las cuestiones que le he planteado— y del tema de partidos políticos. Usted misma se ha contestado. Creo que es preferible que aquí no interfiera el signo político. De hecho, en esta Comisión hemos entendido que hay que trabajar con consensos en las experiencias de éxito y poner en positivo lo que algunas comunidades autónomas, sean del signo que sean, están haciendo bien; sin son del signo de este grupo político habrá que criticarles o ayudarles y sin son del otro tres cuartos de lo mismo. En este sentido, estamos por encima de lo que es propiamente la batalla política partidista, y me parece que en todas nuestras intervenciones lo hemos dejado siempre muy claro.

Usted me habla del doble de coste, por eso le digo que es insostenible, pero es el reconocimiento de un fracaso. No niego a la secretaria general de Instituciones Penitenciarias que haga todos los esfuerzos habidos y por haber, pero ustedes llevan en el Gobierno desde el año 2004; esta ley se aprobó en 2003 y había dieciocho meses para aplicarla. ¿Cuántos estatutos de autonomía hemos reformado desde 2004 hasta ahora? ¿Cuántas competencias hemos transferido? La Ley de cohesión del sistema a la que me refería le da la potestad de hacer la transferencia por decreto. Por supuesto, no les va a dar esa competencia y se va a marchar dejando a los internos sin asistencia, pero habrá fórmulas de negociación. Seguro que usted lo ha intentado, pero nos ha reconocido que no lo ha conseguido. En ese sentido volvemos a reiterarle nuestra oferta de colaboración, porque seguro que no faltarán dificultades para llevarlo adelante. En esta cuestión ha estado a punto de hacer una manifestación y ha rectificado. Ha dicho: No he tirado todavía la toalla. Desde aquí le queremos animar a que no tire la toalla, señora secretaria general. Habida cuenta de la experiencia de otras comunidades autónomas y de los esfuerzos que se hacen por parte de Instituciones Penitenciarias, vale la pena no tirar la toalla.

Quisiera terminar con una reflexión en positivo, como he empezado. Los programas de asistencia, dentro de lo que es la competencia en sí de Instituciones Penitenciarias, están dando buenos resultados —ahí están los datos—, podemos estar satisfechos; pero todos sabemos, o tenemos que ser conscientes de ello, que tenemos un problema, que es que cuando estos internos recuperan la libertad el sistema no acaba de funcionar, aparte de los costes a los que me he referido anteriormente.

La señora **PRESIDENTA**: Para cerrar este primer punto del orden del día, tiene la palabra la secretaria general de Instituciones Penitenciarias.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** (Gallizo Llamas): No voy a apuntar nada más, simplemente voy a reiterar lo que dije antes. Por nuestra parte estamos dispuestos a hacer el mayor de los esfuerzos. No solo no vamos a tirar la toalla, sino que vamos a ir dando pasitos. Algún día llegaremos a la transferencia, pero mientras llegamos, mejor es que hayamos hecho avances en la colaboración y coordinación con los sistemas autonómicos de salud. Estamos progresando bien en esa dirección con varias comunidades autónomas, pero insisto, señor Pintado, dos no se ponen de acuerdo si uno no quiere. Yo quiero. No es dudoso para nadie que yo quiera, porque todo el mundo sabe que estamos dispuestos. Fíjese si es importante la cosa que con ninguna comunidad hemos empezado a hablar ni siquiera de dinero. Alguien podría decir: Es un problema de dinero, porque está mal valorado. No. Ninguna comunidad ha querido entrar ni siquiera a hablar de dinero, pero yo sí quiero. Por tanto, no me pida a mi responsabilidad por esto, porque soy la única de las partes que está en una posición favorable a que eso se produzca, porque va a ser bueno para todos y vamos a mejorar la asistencia. No creo que haya más discrepancia que un cierto miedo —entre comillas— de las comunidades a asumir algo que creen que les va a aportar problemas; problemas que estoy convencida que no les va a aportar, pero es difícil convencerlas.

PREGUNTAS DE LA SENADORA DOÑA MARÍA TERESA COBALEDA HERNÁNDEZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO, SOBRE:

- **PREVISIONES CON RESPECTO A LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DIRIGIDAS A LOS EXTRANJEROS INTERNOS EN LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS.** (Número de expediente del Congreso 181/001587 y número de expediente del Senado 681/000832.)
- **POLÍTICA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO QUE TIENE PREVISTO ADOPTAR EL GOBIERNO, DE ACUERDO CON LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016.** (Número de expediente del Congreso 181/001588 y número de expediente del Senado 681/000833.)
- **POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO QUE TIENE PREVISTO ADOPTAR EL GOBIERNO, SEGÚN LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE**

DROGAS 2009-2016. (Número de expediente del Congreso 181/001589 y número de expediente del Senado 681/000834.)

- **POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE DROGAS DIRIGIDAS A MUJERES INTERNAS EN LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS QUE TIENE PREVISTO ADOPTAR EL GOBIERNO, DE ACUERDO CON LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016.** (Número de expediente del Congreso 181/001591 y número de expediente del Senado 681/000836.)
- **POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE DROGAS DIRIGIDAS A MUJERES INTERNAS EN LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS QUE TIENE PREVISTO ADOPTAR EL GOBIERNO, SEGÚN LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS.** (Número de expediente del Congreso 181/001592 y número de expediente del Senado 681/000837.)

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos al segundo punto del orden del día: Contestación del Gobierno a las preguntas de doña María Teresa Cobaleda Hernández —creo que las va a unir todas— sobre las previsiones del Gobierno con respecto a la elaboración de políticas de prevención del consumo de drogas dirigidas a los extranjeros internos en las cárceles españolas; sobre la política de reducción de daños ocasionados por el consumo de drogas en el ámbito penitenciario que tiene previsto adoptar el Gobierno de acuerdo con la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016; sobre la política de prevención de drogas en el ámbito penitenciario que tiene previsto adoptar el Gobierno, según la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016; sobre las políticas de reducción de daños ocasionados por el consumo de drogas dirigidas a mujeres internas en las cárceles españolas que tiene previsto adoptar el Gobierno, de acuerdo con la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 y, por último, sobre las políticas de prevención de drogas dirigidas a mujeres internas en las cárceles españolas que tiene previsto adoptar el Gobierno, según la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.

Tiene la palabra su señoría.

La señora **COBALEDA HERNÁNDEZ**: Señora secretaria general, quiero sumarme a la bienvenida a esta Comisión y agradecerle de nuevo su presentación.

He querido reagrupar las preguntas que había presentado inicialmente en una, puesto que las cinco se dirigen a conocer —como todos han tenido constancia— tanto las políticas de prevención del consumo de drogas, como las políticas de disminución de los daños en la salud ocasionados por el consumo de drogas en los centros penitenciarios que tienen previsto desarrollar de acuerdo con la estrategia nacional.

En cuanto a la prevención, debemos tener en cuenta que son muchas las personas que, sin tener problemas con el consumo de drogas, comienzan a consumir al entrar en prisión. Se ha hablado aquí de los porcentajes de personas que al entrar en prisión consumen drogas, pero no nos ha facilitado ningún dato sobre las personas que comienzan a consumir en las prisiones. En particular, queríamos conocer las actuaciones que se están realizando en relación con la prevención y la reducción de daños, pero dirigidas especialmente tanto a la población reclusa femenina, como a la población reclusa de extranjeros, población esta última que se incrementa año tras año como usted bien ha reconocido. Es cierto que ambos colectivos componen una porción minoritaria dentro del total de las personas reclusas en las cárceles españolas: alrededor de un 10 por ciento son mujeres y alrededor de un 12 por ciento es población extranjera. Sin embargo, como muy bien podemos suponer, las características de ambos segmentos de la población reclusa son muy distintas, por lo que resultaría necesario ampliar y potenciar los programas específicos para atender a estas personas que tienen problemas de drogas y que están reclusas en las cárceles españolas. Son colectivos muy vulnerables, sobre todo el de las mujeres. La mayoría de las mujeres internas en los centros penitenciarios españoles tienen problemas con las drogas. Es cierto que los varones los tienen en mayor medida, pero no deja de ser un problema entre las mujeres. Las mujeres llegan a la prisión con un determinado perfil que se repite en todas ellas: son mucho más vulnerables, con una autoestima muy baja, la mayoría ha padecido violencia de género, son mujeres con un acusado sentimiento de culpabilidad y que pertenecen en su mayoría a minorías desfavorecidas, como por ejemplo etnia gitana, inmigrantes o extranjeras. No olvidemos que el 40 por ciento de estas internas son extranjeras y esto es importante tenerlo en cuenta. Por tanto, se hace necesario reforzar los programas de prevención en el ámbito penitenciario dirigidos a la población reclusa en general, como muy bien nos ha expuesto usted aquí esta tarde, pero es preciso reforzar de una manera muy especial los dirigidos tanto a las mujeres como a los extranjeros residentes, sin olvidar las políticas de reducción de daños. Al no encontrar en la estrategia nacional sobre drogas estas referencias explícitas a la política de drogas en prisión, presentamos en su día estas cinco preguntas para que usted nos aclarara cuál iba a ser la política a seguir dentro del ámbito penitenciario.

La señora **PRESIDENTA**: Para contestar a las preguntas realizadas, tiene la palabra la secretaria general.

La señora **SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** (Gallizo Llamas): Señoría, voy a contestar a sus preguntas de manera breve, pero si tiene interés en que le demos datos más específicos, estamos en disposición de proporcionárselos.

Me ha gustado mucho que en su intervención citase textualmente, casi en su totalidad, la introducción de nuestro plan de acción dirigido a las mujeres —le agradezco mucho que lo haga suyo—, que explica las dificultades que tienen las mujeres que están en prisión por el hecho de ser una minoría. No sé el porcentaje al que se refería usted, pero son exactamente un 8 por ciento del conjunto de la población reclusa. Los extranjeros también constituyen un colectivo singular, que representa un 34 por ciento de nuestra población reclusa. En nuestra página web están actualizados los porcentajes tanto de mujeres como de extranjeros.

Como les dije antes, nuestros programas están dirigidos al conjunto de la población reclusa, pero es inevitable que tengan un planteamiento específico que atienda las peculiaridades y las características de internos que tienen unos perfiles singulares y que necesitan una intervención dirigida a ellos de manera clara y específica, como son el colectivo de personas extranjeras y el de mujeres, por diferentes razones. El problema más importante del colectivo de personas extranjeras es el idioma. Obviamente, en algunos casos también lo son ciertos hábitos vitales o de conducta, pero el gran obstáculo es el idioma y tenemos que saber cómo salvarlo. En el caso de estos dos colectivos, al ingreso en prisión, tanto las mujeres como los extranjeros consumían drogas en menor medida que los hombres nacionales, según los datos de la encuesta que hicimos en el año 2006. Es un porcentaje de casi la mitad en el caso de las mujeres y de un tercio aproximadamente en el caso de los extranjeros respecto a los hombres nacionales, tanto en el caso de la cocaína como en el de la heroína. Si en heroína las cifras podrían ser de un 24,7 por ciento en los hombres nacionales, en el caso de los extranjeros es de un 7 por ciento. La realidad con la que nos encontramos es muy diferente en el caso de mujeres y de hombres. El porcentaje es mucho menor en el caso de las mujeres y las mujeres extranjeras reúnen las mejores condiciones de extranjero y mujer, es decir, son todavía menos consumidoras de los hombres y lo que les lleva a prisión en muchos casos es el tráfico de drogas por razones económicas, pero no el consumo. En el caso de nacionales, también es a veces el tráfico, aunque en muchas ocasiones tiene que ver con el consumo. Sabiendo que no solo son minoritarias en el sistema sino también minoritarias como consumidoras, tal vez sea eficaz el tratamiento dirigido a estas personas.

En lo que se refiere a los extranjeros, ya tuvimos en cuenta este perfil cuando en el año 2006 hicimos la encuesta, tanto a la hora de obtener datos diferenciados de españoles y extranjeros, como a la hora de facilitar la comunicación con ellos para rellenar la encuesta. Elaboramos un cuestionario en árabe, que es el idioma mayoritario de los internos extranjeros que tenemos en nuestras prisiones, y actualmente estamos preparando una encuesta similar en la que también se ha incluido el rumano como idioma a traducir. El trabajo de campo se llevará a cabo con intérpretes que conozcan estos idiomas

para los internos que tengan dificultades con el español. Estas actuaciones son importantes tanto en este caso de la encuesta como para individualizar las acciones terapéuticas. Los extranjeros, además de poder acceder a todos los programas de prevención y reducción de daños, disponen de material divulgativo en varios idiomas. De hecho, hemos editado una guía interactiva, que llamamos Dulas —salud al revés—, Agente de Salud. Es una guía realizada en seis idiomas —español, rumano, árabe, inglés, francés y ruso—, que se orienta hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la reducción de daños en relación con drogas, alcohol, tabaco, VIH/sida, hepatitis, tuberculosis y que también trabaja violencia de género y hábitos saludables.

Con respecto a las mujeres, en consonancia con la estrategia nacional sobre drogas, la secretaría general potencia el desarrollo de actuaciones entre las mujeres internas en materia de prevención y reducción de los daños que se producen a nivel sanitario, psicológico y social como consecuencia del consumo de drogas. La población de mujeres es, como le dije, un 8 por ciento del total de la población reclusa. La última cifra que tengo recogida es de 5.214 mujeres. No todas ellas están en centros penitenciarios, ya que en esta cifra están incluidas las que están en tercer grado, en comunidades terapéuticas o en unidades dependientes. También en este caso la encuesta diferenció la variable mujer. De hecho, no se respetó el porcentaje y se tomó en cuenta un porcentaje mayor de mujeres para que fuera representativo y pudiésemos llevar a cabo acciones diferenciadas para ellas. Por lo que se refiere a los tratamientos que siguen, los programas de reducción de daños, concretamente los tratamientos con metadona, los siguen las mujeres drogodependientes en la misma proporción que los hombres. En torno a un 43 por ciento de los hombres y mujeres que al ingreso en prisión consumían heroína se encuentran actualmente en tratamiento con metadona. Es un porcentaje similar, aunque en términos de cifras es muy diferente, porque son muchas menos. También hay que destacar la elaboración del Plan de acción de igualdad en el medio penitenciario, del que usted citó antes algunos párrafos, elaborado por esta secretaría general y en el que también ha intervenido el Ministerio de Sanidad y Política social. En este plan, dirigido a los reclusos y reclusas y también al personal penitenciario y en el que estamos trabajando actualmente, las políticas de prevención de drogas dirigidas a reclusas se focalizan en dos ejes: por una parte, el desarrollo de indicadores para mejorar el conocimiento de las necesidades de las mujeres en prisión y, por otra parte, el diseño e intervención —es una doble direc-

ción— dirigidos hacia las necesidades específicas de las mujeres y hacia las de las personas condenadas por violencia de género. Hemos detectado —lo dice ese mismo informe— que en las biografías de muchas mujeres que ingresan en prisión existen antecedentes de maltrato y por eso forma parte de nuestros programas de intervención. A veces ese maltrato tiene también que ver con la dependencia de algunas sustancias, sean drogas o sean pastillas, por parte de estas mujeres. Por eso hacemos un programa de intervención especial que trata de trabajar con estas mujeres sobre todo en la autoestima y en la lucha contra el maltrato, porque este último está muchas veces detrás de esa adicción a determinadas sustancias, que no siempre son drogas, sino que en muchas ocasiones son pastillas. De la misma manera, hemos detectado una mayor estigmatización de la mujer presa y drogodependiente con respecto a los hombres en su misma situación. Suelen tener un menor apoyo familiar a su ingreso en prisión, entre otras cosas porque el apoyo familiar lo prestan mayoritariamente las mujeres a los hombres. En el caso de las mujeres, si no tienen madres o hermanas de referencia, aunque tengan pareja en el exterior, tienen un apoyo familiar menor y eso también es importante a la hora de desarrollar los tratamientos. Como le decía a su señoría, si tiene un interés específico en esta materia, estaremos encantados de proporcionarle una información más pormenorizada de los diferentes programas que se desarrollan tanto en el caso de extranjeros como en el de mujeres. La filosofía general es la que le he explicado, pero sobre todo en centros masivamente de mujeres sí que se hacen programas diseñados específicamente para mujeres de los que podemos transmitirle la información si lo considera oportuno.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Cobaleda, ¿quiere intervenir en un nuevo turno?

La señora **COBALEDA HERNÁNDEZ**: No. Simplemente quiero agradecer a la señora secretaria general toda la información que nos ha dado. Nos gustaría tener esa información que nos ha dicho que nos podía trasladar, porque realmente nos interesa conocer cómo está la situación efectiva.

La señora **PRESIDENTA**: Se levanta la sesión.

Eran las cinco y cincuenta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**