

Programas de intercambio de jeringuillas en prisión.

Barrios Flores, L. Fernando

Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante.
Instituto Universitario de Criminología de Alicante. Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Resumen

La estrategia de reducción de daños se ha convertido en una de las posibilidades en la lucha para disminuir los efectos del consumo de drogas por vía intravenosa. Desde las primeras experiencias en las prisiones suizas (Hindelbank y Oberschöngrün) hasta hoy se ha ido demostrando lo positivo de tal política, no exenta de dificultades y recelos.

En este artículo se describen los orígenes y resultados de los experimentos sobre reducción de daños mediante los llamados "Programas de intercambio de jeringuillas" en el medio penitenciario. Su implantación a partir de 1997 en España (Prisión de Basauri) marca un hito de especial interés y su generalización a partir del año 2002 es un dato destacable.

Pero también -es lógico- se plantean problemas prácticos en su aplicación. Y los temas relacionados con las responsabilidades institucionales y personales tienen especial interés. Dudas razonables que contrastan con los resultados empíricamente demostrados. De todo ello se trata en esta investigación.

Palabras Clave

Prisión. Intercambio de jeringuillas. SIDA. Responsabilidad.

Summary

The strategy of reduction of harms has been converted into one of the possibilities into the struggle to diminish the effects of the consumption of drugs for intravenous route. From the first experiences in the Swiss prisons (Hindelbank and Oberschöngrün) up to now there has been demonstrated the positive of such politics, does not exempt of difficulties and fears.

In this article there are described the origins and results of the experiments on reduction of harm by means of so called "Programs of interchange of syringes" in the penitentiary

— **Correspondencia a:** _____
Telf.: 966 08 30 46 - Fax: 966 08 30 46 - E-mail: luisfbarrios@eresmas.com



way. Its implantation from 1997 in Spain (Basauri's prison) marks a milestone of special interest and its generalization from 2002 year is a prominent information.

But also - it is logical - practical problems appear in its application. And the topics related to the institutional and personal responsibilities have special interest. Reasonable doubts that contrast with the empirically demonstrated results. About all this it treats this investigation.

Key Words

Prison. Interchange of syringes. AIDS. Liability.

Résumé

La stratégie de réduction des dommages a été convertie dans une des possibilités dans la lutte pour diminuer les effets de la consommation de drogues pour l'itinéraire intraveineux. Des premières expériences dans les prisons suisses (Hindelbank et Oberschöngrün) jusqu'à même aujourd'hui ont là été démontré les aspects positives d'une politique, n'exempte pas de difficultés et des craintes.

Dans cet article sont là décrit les origines et les résultats des expériences sur la réduction des dommages et intérêts au moyen de les "Programmes d'échange de seringues" dans la prison la voie. leur 'introduction de 1997 en Espagne (la prison de Basauri) marque un événement marquant d'intérêt spécial et leur généralisation de l'année 2002 est une information en vue.

Mais aussi -cela est logique- des problèmes pratiques apparaissent dans leur application. Et les sujets liés aux responsabilités institutionnelles et personnelles ont l'intérêt spécial. Les doutes raisonnables qui contrastent avec les résultats empiriquement démontrés. De tout cela cela traite dans cette enquête.

Most clé

Prison. Échange des seringues. SIDA. Responsabilité.

1.- La estrategia de "reducción de daños". 2.- Orígenes de los PIJ en prisión: 2.1. Suiza. 2.2. Alemania. 2.3. La situación en Norteamérica. 3.- Posición de las organizaciones internacionales: 3.1. La ONU. 3.2. Las instituciones europeas. 4.- Los PIJ en España. 5.- El marco jurídico: 5.1. Admisibilidad legal de los PIJ. 5.2. Cuestiones de responsabilidad.

I.- LA ESTRATEGIA DE "REDUCCIÓN DE DAÑOS".

La drogodependencia ha tenido respuestas dispares a lo largo de la historia y a lo ancho de las diferentes culturas y ordenamientos jurídicos nacionales. Pero ha sido en fechas relativamente cercanas cuan-



do ha aparecido un concepto que, en cierta medida, ha revolucionado los tradicionales esquemas de los programas de intervención en esta materia. Me refiero a la "reducción de daños" (en la literatura especializada: *reduction harm, damage limitation, casualty reduction o harm minimization*).

Esencialmente la reducción de daños en drogodependencias es un conjunto de medidas destinadas a reducir el daño asociado al consumo de drogas sin que -y este es un dato trascendental- tales medidas comporten necesariamente la disminución de dicho consumo (Watson, 1991). Por tanto, los programas de reducción de daños ni son la *panakeia* que resuelve el problema, ni son el *daimonion* exponente de un hipotético deterioro ético-social. Aplicar un programa de reducción de daños en drogodependencias supone -se quiera o no- reconocer que otras alternativas propiciatorias de la supresión/reducción del consumo no han sido lo bastante fructíferas. Y, en este sentido, la "estrategia" de reducción de daños es marcadamente "posibilista" como reconociera Marion Watson, Director del Centro de Investigación e Información sobre Drogas de Canberra (Duncan y Nicholson, 1994).

La "reducción de daños" es un intento superador de las clásicas ambigüedades que crónicamente han acompañado al tema de la drogodependencia (la dicotomía entre lo lícito y lo ilícito, lo bueno y lo malo) y que incluso, ha llegado a categorizar el consumo (drogas duras/blandas) (Duncan y Nicholson, 1994).

No se oculta que este tipo de programas es -y será- polémico y problemático, pues no en vano juegan al respecto aspectos tales como la intolerancia y la negligencia (entendida esta última más bien como los

anglosajones definen la *neglect of official duty* o incumplimiento o inobservancia de un deber oficial -Alcaraz y Hughes, 1997-) (Gostin, 1998; Jürgens, 1995a; Malkin, 1995).

En las diferentes Conferencias Internacionales sobre reducción de daños, desde la primera de Liverpool (Reino Unido) en 1990 hasta la más reciente de New Delhi (India), de 1-5.4.2001, pasando por las de Barcelona, Melbourne, Rotterdam, Toronto, Florencia, Hobart, Paris, Sao Paulo, Ginebra y Jersey, la preocupación por minimizar los daños derivados de las prácticas de riesgo se encuentra latente. Igual ha sucedido en la I Conferencia Latina sobre reducción de daños relacionados con las drogas que se ha celebrado en Barcelona los días 14-16 de noviembre de 2001, que dedicó dos mesas a la particular problemática penitenciaria. Lo mismo aconteció en la XIIIª Conferencia Internacional para la Reducción de Daños asociados a las drogodependencias que se celebró en Ljubljana (Eslovenia) los días 3-7 de marzo de 2002.

La reducción de daños se ha integrado en las respuestas institucionales/organizativas al problema de las drogas. El universo de respuestas a tal problema se ha ampliado e, incluso, se ha invertido. Por ello Jonas ha llegado a afirmar que mientras, en general, la política venía siendo binaria en relación a las drogas -contraposición de lo lícito e ilícito- y unitaria en cuanto a soluciones -abstinencia-, una política de reducción de daños -por el contrario- sería unitaria en relación a las drogas y multimodal en cuanto a soluciones (Jonas, 1991). Quede claro que los programas de reducción de daños -y concretamente los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)- no son un elemento aislado, sino que forman parte de una estrategia global que incluye desde la educación sanitaria



hasta la labor propia de los servicios socio-sanitarios. Los PIJ tienen una destacada importancia ya que: por un lado pretenden eliminar/reducir riesgos en donde más elevados son estos -administración de drogas por vía intravenosa-; pero, por otro, cuestionan el aspecto "emblemático" del consumo compartido. Recuérdese respecto a esto último que se ha llegado a considerar que tal modalidad de consumo no es sino un "signo de vinculación social", de pertenencia al grupo (Gostin et al., 1997).

Pues bien, siendo multimodal el elenco de respuestas, los programas de intercambio de jeringuillas son una, solo una, de las soluciones posibles a la reducción de daños; otras serían los programas de dispensación de lejía para desinfección de material de inyección, programas de mantenimiento con metadona, centros de acogida para usuarios de drogas por vía parenteral, programas de dispensación de opiáceos inyectables o las Salas de inyección de drogas. Existen otras soluciones que aquí no centrarán nuestra atención. No puede olvidarse que, como algún autor ha señalado parece existir un límite en los programas de reducción de daños, que podría fijarse en el mojón que separa el empleo de la metadona y los PIJ (Jürgen, 1997-1998a). Aquí solo hablaremos de los PIJ, y más concretamente de los PIJ en prisión.

Los programas de intercambio de jeringuillas *extra-muros* se iniciaron en Holanda en 1984, a fin de evitar el riesgo de contagio de hepatitis C. En Amsterdam se implantó este primer programa a cargo de la "Junky Union", una asociación de drogodependientes (Hartsgers et al, 1989 y Buning, 1990).

Como no podía ser menos estas experiencias inevitablemente debían ser reconsideradas en sede penitenciaria (una panorámica

general en Stöver, 2001). Al fin y al cabo, es en prisión en donde la presencia de las drogodependencias (Von Hentig, 1968) y la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas, que desde antiguo eran objeto de atención (Escudero, 1978) -singularmente el SIDA, que ha venido a sustituir a la tuberculosis como "la maladie penitentiaire par excellence" (Cuello, 1958)- se encuentra científicamente constatada (Dolan, 1997-1998).

2.- ORÍGENES DE LOS PIJ EN PRISIÓN:

2.1. SUIZA.

Suiza ha sido un país pionero en el establecimiento de programas de reducción de daños (Jürgens, 1994; Nelles y Harding, 1995; Nelles, 1997; Nelles et al. 1998a; Paget 1998; Hirsbrunner, 1997), por lo que no ha de extrañar que la primera experiencia de intercambio de jeringuillas en prisión allí aconteciera.

En 1988 el médico de la prisión en régimen semi-abierto de mujeres de Hindelbank (Suiza), con una población aproximada de 170 internas, inició la distribución de jeringuillas a las detenidas drogodependientes. Tras conocer esta práctica, el inspector de la prisión se adhirió a la continuidad de este proyecto.

El primer programa (no oficial) de intercambio de jeringuillas en prisión, tuvo lugar en 1992-1993 en la prisión de hombres de máxima seguridad de Oberschöngrün (Suiza). Previamente el Departamento de Justicia Federal había declarado en julio de 1992 jurídicamente admisible y enmarcable dentro de una política sanitaria responsable la



provisión de jeringuillas estériles y material desinfectante en prisiones («Prisoners», 1995; Jürgens, 1995b). El Dr. Franz Probst, médico contratado de esta prisión, encontrándose ante el dilema ético de reaccionar ante el hecho de que 15 de los 70 internos del centro se inyectaban de modo regular droga por vía intravenosa sin ningún tipo de medida preventiva, comenzó a distribuir -por su cuenta y sin informar de ello al Director del centro- jeringuillas (Nelles y Harding, 1995). Después, informada ya la autoridad cantonal, se siguió con el programa de distribución. El escepticismo inicial con que albergó tal iniciativa el personal penitenciario fue superado al comprobarse el incremento en el nivel de seguridad de un eventual contagio, antes más probable como consecuencia de un pinchazo fortuito durante la labor de cacheo, ahora indudablemente menor al hallarse la jeringuilla ubicada en un dispositivo sanitario (Nelles et al., 1998 y Zeegers, 1999).

El 13 de junio de 1994 en Hindelbank lo que solo podía catalogarse como práctica experimental, o por mejor decir para-institucional, se convirtió en un proyecto en toda su plenitud al instalarse máquinas distribuidoras de jeringuillas. Corrió a cargo el sumministro de la primera jeringuilla al "equipo interno de intervención", mientras que el intercambio posterior se efectuaba a través de máquinas distribuidoras. La evaluación del Programa confirmó que: a) el acceso a material de inyección estéril no provocaba un incremento del consumo de drogas, b) las jeringuillas no fueron utilizadas como armas, c) se produjo una mejora del estado de salud de los internos -no registrándose ningún nuevo caso de infección de VIH o hepatitis- (Nelles y Fuhner; 1995 y 1997, Jürgens, 1996a y Nelles y Harding, 1995). A la vista del éxito

alcanzado se decidió proseguir el programa (Onusida, 1997, Nelles et al. 1997 y Nelles y Fuhner, 1995).

La admisibilidad legal de la implantación de programas de intercambio de jeringuillas fue reconocida, a su vez, por la Oficina Federal de Justicia (OFJ) de Suiza, primero en julio de 1992 (Jürgens, 1995b), y luego nuevamente en octubre de 1997. Es más, se llegó a la conclusión de que dichos programas se integraban en el marco de la responsabilidad de la Administración Penitenciaria en prevenir el VIH (Zeegers, 1999). Reconocimiento legal que, además, merecería el directo apoyo de la Oficina Federal de la Salud Pública (OFSP) que ha dado cobertura a un grupo de expertos que se integran en el programa de *Promotion de la santé en milieu carcéral* (antes *Sida en prison*). Dicha Oficina de Salud recomendó en marzo de 1998 la extensión de los programas de distribución de jeringuillas (y condones) a todos los establecimientos carcelarios.

De este modo se ampliará la experiencia a los establecimientos de:

- Cham Dollom (Ginebra), centro de detención que inició su programa en 1996, corriendo a cargo el suministro del médico del establecimiento.
- Realta/Cazis (Graubünden) (NELLES et al. 1998b), de régimen semi-abierto, con una población de 100 hombres. Programa iniciado en febrero de 1997. La primera jeringuilla es facilitada por el equipo interno de prevención; las posteriores a través de máquinas distribuidoras. La máquina distribuidora se encuentra sita a la entrada de los servicios sanitarios, cerca de la cantina y, por tanto, en un lugar accesible a todos desde las 6,30 h. a las 22.00 h.



Posteriormente el Cantón de Berna adoptó el 1 de diciembre de 1997 la decisión de extender el programa de intercambio de jeringuillas en cuatro de sus centros penitenciarios más importantes (Hindelbank, Witzwil, St-Johannsen et Thorberg) a partir del 1 de julio de 1998. A finales del año 2000 siete establecimientos penitenciarios suizos tenían implantado un programa de intercambio de jeringuillas (OFSP, 2000).

2.2. ALEMANIA.

Tras Suiza sería Alemania el país que acogería la experiencia de PIJ en prisión. Siguiendo la descripción de Stöver (Stöver, 2000) en Alemania se han llevado a cabo los siguientes programas de intercambio en el medio penitenciario:

- Prisión de Vechta (Vechta), centro de detención con una población de 169 mujeres. Programa iniciado en 1996, corriendo a cargo el suministro de la primera jeringuilla por el médico y el intercambio por máquinas distribuidoras.
- Prisión de Lingen I Abt (Gross Hesepe), de régimen cerrado con una población de 228 hombres. Programa iniciado en 1996. El primer suministro es llevado a cabo por el médico; los posteriores por el servicio de intervención en toxicomanías.
- Prisión de Vierlande (Hamburgo), de régimen abierto y con una población de 298 hombres. Programa iniciado en 1996. La primera jeringuilla es facilitada por un servicio externo de intervención en toxicomanías; las posteriores están disponibles a través de máquinas expendedoras.
- Prisión de Lichtenberg (Berlín), de régimen cerrado, con una población de 40-50 mujeres. Programa iniciado en 1998. La pri-

mera jeringuilla es facilitada por un servicio externo de ayuda en SIDA; las posteriores a través de máquinas expendedoras.

- Prisión de Lehrter Str (Berlín), de régimen cerrado, con una población de unos 100 hombres. Programa iniciado en 1998. La primera jeringuilla es facilitada por un grupo externo de ayuda en SIDA; las posteriores a través de máquinas distribuidoras.
- Prisión de Fuhlsbüttel (Hamburgo), de régimen cerrado, con una población de unos 600 hombres. Programa iniciado en marzo de 2000. La primera jeringuilla es facilitada por un equipo interno de prevención de toxicomanías; las posteriores personalmente.

El análisis de las experiencias en el lander de Baja Sajonia (en la prisión de Vechta -170 mujeres- y en la prisión de Lingen -230 hombres-) (Jacob y Stöver, 1997 y Jürgens, 1999) pone de manifiesto como los resultados obtenidos son sustancialmente similares en Alemania a los obtenidos en Suiza años antes. El programa piloto de Vechta se inició el 15 de abril de 1996 instalando 5 máquinas expendedoras de jeringuillas, lo cual garantizaba el anonimato. En Lingen la experiencia se puso en marcha el 15 de julio de 1996. En ambos casos la evaluación científica favorable de los programas fue llevada a cabo por la Universidad Carl von Ossietzky de Oldenburg.

La experiencia se extendió a la prisión de Vierlande (Hamburgo) en donde se implanta el 26 de junio de 1996 con un modelo similar al aplicado en Vechta, con una diferencia respecto a éste: en Vierlande los integrantes del programa de suministro de metadona tienen igualmente acceso al programa de intercambio de jeringuillas.



A fines del año 2000 los programas de intercambio de jeringuillas eran ya una realidad en siete establecimientos penitenciarios, al mismo tiempo que la posibilidad de su implantación era considerada para otros.

2.3. LA SITUACIÓN EN NORTEAMÉRICA.

En Estados Unidos ha sido abundante la dedicación doctrinal al análisis de la incidencia del riesgo de infección del VIH en prisión (Dubler; 1990), de lo que es buena muestra la importante presencia en revistas de reconocido prestigio de estudios sobre el tema (por solo poner el ejemplo de *The Lancet*: Bell, 1999, Morris, 1999, Bluthenthal et al. 1998, Bennett, 1998, Lifson, 1998, Rovner; 1998, Hurley et al. 1997, Fernando, 1997, Gostin, 1997, Lurie y Drucker; 1997, Des Jarlais, 1996 y Frischer, 1996).

En Estados Unidos (Gostin y Webber, 1998), a pesar de que tanto las autoridades sanitarias y organizaciones médicas (Centers, 1999 y Normand et al. 1995) como las jurídicas (Aids, 2000) reconocen la plausibilidad de este tipo de programas, son numerosas las legislaciones estatales que persiguen la venta, distribución o posesión de jeringuillas, e incluso inicialmente la legislación federal prohibió el uso de fondos públicos para la subvención de programas de intercambio (Aids, 2000). No obstante esto último, a nivel legal se ha llegado a admitir la eficacia de estos programas para la prevención del VIH (Gostin et al. 1997) y el Tribunal Supremo ha reconocido la licitud de las políticas sanitarias de intercambio de jeringuillas (*Spokane County Health Dist v Brockett*, 839 P2d 324 (Wash 1992).

En lo que al plano penitenciario se refiere, la cuestión de la incidencia del VIH en prisión ha sido arduamente debatida (Burris, 1992). Ninguna duda cabe de que el sistema penitenciario tiene obligaciones de protección sanitaria respecto a las personas que tiene a su cargo y de que el incumplimiento de dichas obligaciones puede comportar incluso una vulneración de derechos constitucionales, así se reconoce en varias resoluciones judiciales, como: *Hetzel v Swartz*, 917 F Supp 344 (MD Pa 1996); *Inmates of NY State With HIV v Cuomo*, No. 90-CV-252, 1991 US Dist LEXIS 1488 (ND NY Feb 7, 1991) o *Madrid v Gomez*, 889 F Supp 1146 (ND Cal 1995).

En 1993, por encargo del Departamento federal de Salud y Servicios Humanos (HHS), la Academia Nacional de Ciencias (NAS) llevó a cabo una completa revisión de los estudios sobre intercambio de jeringuillas que culminó con el informe *Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach* (1995) (también en US Department, 1993), cuya conclusión fundamental fue que estos programas reunían la doble cualidad de ser un medio preventivo no generador de un incremento del consumo de drogas: «Well-implemented needle-exchange programs can be effective in preventing the spread of HIV and do not increase the use of illegal drugs». Conclusión que, como afirma Loconte (Loconte, 1998) se convertiría en la auténtica "biblia" de los partidarios de los PIJ.

Posteriormente llegaría un reconocimiento oficial de la bondad de este tipo de programas, como afirmaría el *US Surgeon General* del *Department of Health and Human Services*:

"After reviewing all of the research to date, the senior scientists of the Department and I have unanimously agreed that there is conclusive



scientific evidence that syringe exchange programs, as part of a comprehensive HIV prevention strategy, are an effective public health intervention that reduces the transmission of HIV and does not encourage the use of illegal drugs”(Satcher, 1998).

La eficacia de los mismos ha sido evaluada (Stimson, 1989; Lurie, et al., 1993; Watters, Estilo, Clark y Lorvick, 1994), al mismo tiempo que -contra lo que inicialmente pudiera creerse- se ha constatado, como acabamos de decir, que el empleo de estos programas no comporta un incremento del consumo de drogas.

Por lo que se refiere a Canadá, la implantación de los PIJ en las prisiones canadienses ha estado rodeada de recelos y obstáculos (Pagliaro y Pagliaro, 1994; Jürgens, 1996a, 1996c y 1997-1998b; Jürgens y Riley, 1997). No obstante lo cual el *Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection* en su *Plan d'action national* (Le VIH, 1997) concluyó que era preciso mejorar las condiciones sanitarias de los centros llevando a cabo los proyectos pilotos de intercambio de jeringuillas en los establecimientos penitenciarios federales y provinciales (Jürgens, 1996b).

Hasta el momento no se ha iniciado en ninguna penitenciaría de Canadá un PIJ, si bien la cuestión está siendo objeto de estudio, estableciéndose un controvertido debate entre quienes consideran que no cabe resignarse ante la inevitabilidad de la propagación de enfermedades infecciosas en prisión y quienes entienden que no cabe desconocer la palpable realidad que supone la presencia de administración intravenosa de drogas en el medio carcelario (Réseau Juridique, 2001). En cualquier caso la responsabilidad que incumbe a la administración penitenciaria por

el riesgo de contagio de VIH en prisión ha sido resaltada por la doctrina (Jürgens, 1996b):

“Clearly, prison systems have a moral and legal responsibility to do whatever they can to prevent the spread of infectious diseases among inmates and to staff and the public, and to care for inmates living with HIV and other infections. Currently, they are failing to meet this responsibility”.

Los mismos recelos y obstáculos, y el consiguiente retraso en la implantación de PIJ en prisión puede verse en otros países anglosajones, como es el caso de Australia (Rutter et al., 1995) o del propio Reino Unido (Hughes, 2000), aunque en este país la experiencia extrapenitenciaria se ha llevado a cabo, por ejemplo, en un lugar de fuerte incidencia del consumo de drogas (Edimburgo -Lewis, 1999-).

3.- POSICIÓN DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES:

3.1. LA ONU.

La preocupación de la ONU por la aplicación de medios preventivos del contagio del SIDA (Onusida, 1997), de forma no discriminatoria, ha sido constante:

- La Organización Mundial de la Salud celebró en Oslo, en abril de 1988, una consulta internacional sobre aspectos jurídicos y éticos en relación al VIH. Resultado de la misma fue la recomendación de eliminar las barreras que por entonces se constataban entre las personas infectadas y las que no lo estaban. Poco después, el 13 de mayo de 1988, la Asamblea Mundial de la Salud



aprobó la Resolución WHA41.24 bajo el expresivo título: "Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA". De hecho, a partir de 1989 la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, ha aprobado resoluciones en relación a este tema.

- La Asamblea General de las Naciones Unidas, en sus Resoluciones 435/187, 21 de diciembre de 1990 y 46/203, 20 diciembre de 1991, insisten en la necesidad de eliminar toda forma de discriminación.
- En la *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons* de 1993 (Onusida, 1993) se parte del principio general de equiparación asistencial de los privados de libertad: "All prisoners have the right to receive health care, including preventive measures, equivalent to that available in the community without discrimination, in particular with respect to their legal status or nationality", y se insiste en el apartado 37 en la necesidad de actuar en este campo "applying the same clinical and accessibility criteria as in the community", no obstante lo cual deberá tenerse en cuenta la normativa nacional en cada caso a efectos de dicha equiparación (apartado 24). Durante este período se suceden las consultas internacionales sobre aspectos jurídicos y éticos del VIH; es el caso de Cebu (Filipinas) en mayo de 1993 o Dakar (Senegal) en junio de 1994.
- En la Declaración conjunta del Programa de VIH/SIDA de abril de 1996 (Onusida, 1996) se declara que "prisoners have a right to be provided the basic standard of medical care available in the community", lo que afecta de lleno a los PIJ: "This would include condoms, bleach for disinfecting

needles, and needle exchange programmes, where these are available in the community". La lucha contra el contagio del SIDA es amplia, al igual que sucede en un medio extrapenitenciario, como reconoce esta declaración: "On the outside, it has been found that effective prevention of transmission of HIV through injecting drugs involves a multipronged approach: reducing drug use, reducing injecting drug use, reducing the use of unclean drug-injecting equipment, and providing drug users with condoms".

- Recientemente en el Proyecto de declaración sobre el SIDA de 2 de agosto de 2001 (Proyecto, 2001), se afirma en su apartado 23: "Reconociendo que para que las estrategias de prevención, atención y tratamiento sean eficaces deberán producirse cambios de conducta, deberá haber mayor disponibilidad de, entre otras cosas, vacunas, condones, microbicidas, lubricantes, equipo esterilizado para inyecciones, medicamentos, incluida la terapia antirretroviral, tecnologías de diagnóstico y tecnologías conexas, deberá brindarse acceso no discriminatorio a todos esos elementos y deberán aumentar las actividades de investigación y desarrollo";
- En el Anexo del Informe de la 8ª sesión del Subcomité para el Control de las Drogas de 28-29.9.2000 (ONU, 2000) se constata la eficacia de los programas de intercambio de jeringuillas (Apartado 10) por lo que recomienda su implantación (Apartado 37).

3.2. LAS INSTITUCIONES EUROPEAS.

El Consejo de Europa tomó temprana conciencia de la dimensión que el VIH había adquirido. De ese modo la Asamblea Parla-



mentaria elaboró la Recomendación 1080 (1988) *On a co-ordinated European health policy to prevent the spread of AIDS in prisons*, invitando a los gobiernos y Estados miembros a adoptar las actuaciones necesarias para prevenir la introducción ilícita de drogas y utensilios para la inyección por vía intravenosa en prisiones, ofrecer ayuda a drogadictos y permitir, en última instancia, jeringuillas y agujas limpias (apartado 14.A.viii).

El Consejo y el Parlamento Europeos, dentro del programa "Europa contra el SIDA" ha dictado decisiones tales como la 91/317/EEC o la 1279/95/EC que inciden en el principio de la no discriminación.

Posteriormente se celebró una Consulta Panaeuropea sobre el VIH/SIDA en el contexto de la salud pública y los derechos humanos, en noviembre de 1991, la llamada "Declaración de Praga".

En lo que a PIJ específicamente respecta, la bondad de este tipo de programas en el medio penitenciario, a la vista de las experiencias habidas en países europeos (singularmente Suiza y Alemania) fue puesta de manifiesto en la Conferencia que sobre "Prisión y Drogas" se celebró los días 12-14 de marzo de 1998 en la localidad alemana de Oldenburg, organizada por la *European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison* (ENDHASP) (Jacob, et al., 1999). Sobre este tema en particular la Conferencia llegó a las siguientes conclusiones:

- Obligación de la Administración Penitenciaria de proporcionar medidas adecuadas para la prevención del VIH.
- Oportunidad de llevar a cabo estudios independientes para analizar la implantación de PIJ en prisión.
- Reconocimiento de la utilidad que, en principio, tienen los PIJ.

- Necesidad de analizar las implicaciones legales que comporta en cada sistema nacional la implantación de un PIJ en prisión.
- Elección del sistema más adecuado en cada caso, para la distribución de jeringuillas.
- Constatación de la necesidad de contar con la aceptación de empleados, internos, autoridades políticas y legislativas y de profesionales y público, en general.
- Imprescindible confidencialidad de la participación en los PIJ en prisión.
- Ubicación accesible de los puntos de intercambio.
- Imprescindible desarrollo de políticas informativas y formativas sobre las consecuencias del consumo de drogas.

Por su parte del Comité de Ministros del Consejo de Europa, en su Recomendación R (98) 7 relativa a los aspectos éticos y organizativos de la asistencia sanitaria penitenciaria (Council Europe, 1998) sienta los principios clave que informan la materia de que aquí tratamos de:

- Equiparación asistencial con el standard extrapenitenciario (apartado 10).
- Principio de no-discriminación por razón de la enfermedad (apartado 38).

4.- LOS PIJ EN ESPAÑA.

La hipótesis de considerar la facilitación de agujas hipodérmicas esterilizadas a fin de prevenir los riesgos de contagio de SIDA fue enunciado años antes de la implantación de los primeros PIJ en España (Del Ojo Cordeiro y Fernández Cubero, 1991). En pocos años el incremento de estos programas en el medio extrapenitenciario ha sido imparable (Ruiz Pérez et al, 2001). El fundamento legal



legitimador de los mismos se encontró en la necesidad de dar un tratamiento equiparable ("los enfermos de sida en régimen penitenciario tienen los mismos derechos de asistencia que cualquier otro paciente", Romeo, 1993), lo cual encontró fácil acomodo en el tenor del art. 25.2 CE ("El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria") y en el reconocimiento del principio de igualdad efectiva del art. 3.2 de la Ley General de Sanidad ("La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva"). Más recientemente el nuevo Reglamento Penitenciario insiste en esta línea ("A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención", art. 208.1 R.D. 190/1996, 9 febrero).

En lo que al medio penitenciario se refiere, la necesidad de una política global de actuación en materia de drogas ya había sido puesta de manifiesto en la Instrucción 5/1995, 15 de febrero. Y en el mismo año se produce la iniciativa parlamentaria que desembocará en el primer PIJ en IIPP de España. La primera experiencia de PIJ en prisión tuvo lugar en el establecimiento penitenciario de Basauri (Vizcaya) en 1997 como consecuencia de una proposición no de ley del Parlamento Vasco de diciembre de 1995 por la que se instaba a la entonces Secretaría de Estado de Asuntos

Penitenciarios a llevar a cabo un ensayo experimental de PIJ en uno de los centros de la comunidad vasca, que permitiera una posterior evaluación para adoptar la subsiguiente decisión uniforme para otros centros (Osakidetza, 1999).

El centro elegido, como decimos, fue Basauri. Un centro con una población reclusa de en torno a 250 internos, de los que aproximadamente el 50% habían sido consumidores habituales de drogas. De entre estos un 75% lo era por vía parenteral, compartiendo jeringuillas un 33% de la población consumidora.

El centro contaba con un dispositivo asistencial aceptable integrado por el propio equipo sanitario de la prisión y por un equipo de apoyo (un médico y dos psicólogas) subvencionado por el Gobierno Vasco.

Fueron objetivos declarados del Proyecto, el general de verificar si esta medida preventiva era realizable en el medio penitenciario y los específicos de elaborar recomendaciones futuras sobre programas de intervención en esta materia, valorar la influencia del suministro de jeringuillas sobre el cumplimiento de la condena, prevenir el VIH y otras enfermedades infecciosas, incrementar el contacto y favorecer el acceso de los drogadictos por vía parenteral a programas asistenciales e identificar las repercusiones de este proyecto sobre los comportamientos de riesgo para el VIH, el consumo de drogas y la preservación de la integridad de los internos.

La implantación del Programa estuvo precedida de una serie de contactos institucionales (Gobiernos Vasco y Central y Ararteko), sesiones informativas y formativas (a internos y funcionarios), comunicaciones a insti-



tuciones involucradas (Ministerio Fiscal, Juzgado de Vigilancia Penitenciaria o Parlamento Vasco) y modificaciones normativas (básicamente la supresión de la norma de régimen interior que sancionaba la tenencia de jeringuillas, Instrucción DGIP 11/97, 3 julio).

La evaluación del Programa corrió a cargo de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. Los resultados de la misma, por colectivos, fueron en síntesis, los siguientes:

- Internos. Consideraron que el PIJ tiene grandes beneficios, que es positivo que se realice mediante recursos humanos, que ha de valorarse positivamente que los integrantes del personal del PIJ sean jóvenes, empáticos y accesibles, que no se había tenido problemas de relieve ni con internos ni con funcionarios, que no se había incrementado el consumo de drogas y que se habían reducido las prácticas de riesgo.
 - Funcionarios. Concluyeron que su opinión del PIJ era positiva, que este programa se caracterizó por la ausencia de conflictividad, que era preferible que el PIJ operara con normas rígidas y corriera a cargo su ejecución por el propio personal de la prisión.
 - Equipo ejecutor. Llegó a la conclusión de que el PIJ no había incrementado el consumo de drogas, que podría generar conflictividad si operara con esquemas rígidos, que este programa facilitaba la labor de educación sanitaria y la derivación de usuarios a programas de tratamiento y que el PIJ no había influido en los beneficios penitenciarios de sus usuarios (ni había habido sanciones a él relacionadas, ni el equipo ejecutor -por ser externo- tenía poder de decisión sobre los beneficios penitenciarios).
- Equipo médico penitenciario. Concluyó que el PIJ había permitido conocer la realidad objetiva del consumo de drogas en prisión, que no había producido patologías asociadas al consumo y que las jeringuillas no se habían utilizado ni como armas ni como instrumentos de coacción.

En resumidas cuentas la experiencia se mostró positiva y por ello "realizable y adaptable a las condiciones de ejecución de condena", indujo a cambios conductuales de disminución de riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral, facilitó la derivación de usuarios a programas de tratamiento, no comportó un aumento en el consumo y puso de relieve la necesidad de operar con cierta flexibilidad (tratamiento individualizado de casos).

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



Técnico de II.PP. y de profesionales del Centro Suria (Centro de día dependiente del Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea) (Oria y otros, 2001).

Luego seguirían otras prisiones: Tenerife, Nanclores de Oca (Álava), Martutene (Guipúzcoa), Teixeira (A Coruña), Alama (Pontevedra), Pereiro de Aguiar (Ourense), Boixe y Monterroso (Lugo). De hecho, la implantación de PIJ en prisiones españolas ha tenido eco en algunas publicaciones foráneas y reuniones internacionales (Menoyo, Zulaica y Parras, 2000a y b). Y también ha sido motivo de reflexión en un editorial de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP, 2000) que aboga por la implantación generalizada de PIJ en prisión, tras constatar que la evaluación de los programas pilotos es positiva, por lo que "el intercambio de jeringuillas dentro de prisión es viable y además es efectivo", por lo que "no hay por tanto argumentos que justifiquen retrasar más la implantación de estos programas en otras cárceles", concluirá.

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

"Aquellos usos problemáticos de drogas que no sean evitables van a generar daños a la población consumidora, a terceros y a la propia sociedad. La Estrategia Nacional contempla la implementación de intervenciones dirigidas a minorar los daños ocasionados por estos consumos, fundamentalmente en aspectos socia-

les y de salud. Este tipo de medidas, que han mostrado ser efectivas, deberán tener una aplicabilidad generalizada en todo el territorio del Estado, prestándose especial atención en aquellas zonas donde los efectos negativos de los consumos de drogas presenten una mayor manifestación".

En línea con esta preocupación se establece la necesidad de:

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

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

"1. En el 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrá implantado en al menos un 30 por 100 de los centros penitenciarios programas de intercambio de jeringuillas.

2. En el 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá implantado en el 50 por 100 de los centros penitenciarios iniciativas de carácter psicosocial que desarrollen los programas de reducción del daño que se aplican en la actualidad. Este porcentaje alcanzará el 100 por 100 en el 2008".

Sin embargo tales objetivos se vieron cubiertos con anticipación. En efecto, la Instrucción 5/2001, de 7 de junio del Director General de Instituciones Penitenciarias, tras considerar que "el intercambio de jeringuillas es un programa ampliamente implantado en todo el País y considerado de gran eficacia para reducir el riesgo de infección y reinfección por virus de transmisión sanguínea" y que por ello su "implantación en el



medio penitenciario es una necesidad derivada de su propia utilidad preventiva y de la aplicación del principio de equivalencia de cuidados con el medio exterior”, constata los resultados de los nueve centros penitenciarios en los que los PIJ se habían ofertado y, en consecuencia, postula “asegurar una homogeneidad en materia de oferta asistencial y prestaciones, hasta llegar a todos los centros”. En consecuencia se adoptan dos medidas:

- Delegar en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria la extensión paulatina del programa. Órgano que por oficios de 18.10.2001 y 30.10.2001 incentiva la extensión de los PIJ por todo el territorio nacional.
- Modificar las normas de régimen interior, declarando expresamente permitida la posesión de jeringuillas en los términos oficialmente programados. Modificación que ha habido lugar para Basauri por medio de la citada Instrucción DGIP I 1/97 y en otros centros, por ejemplo Pamplona (Instr. DGIP 15/1998, 16 noviembre), Tenerife (Instr. DGIP 6/1999, 21 junio), San Sebastián (Instr. DGIP 2/2000, 12 enero), A Lama (Instr. DGIP 12/2000, 12 diciembre).

5.- EL MARCO JURÍDICO:

La implantación de los PIJ en IIPP se ha enfrentado tradicionalmente a dos críticas: la una, centrada en la supuesta “ilegalidad” de este tipo de programas, ilegalidad que tiene diferentes características según cada ordenamiento nacional; la otra, dirigida a la eventual “peligrosidad” de estos programas, básicamente referida a un hipotético uso de las jeringuillas como instrumento de lesión/coacción y, en general a los problemas de respon-

sabilidad que la implantación (o no) de este tipo de programas comporta.

5.1. ADMISIBILIDAD LEGAL DE LOS PIJ.

Respecto al primero de los temas, indicar que pronto se planteó en los primeros países europeos en que se implantaron los PIJ en prisión la cuestión de la legalidad de tales programas de intervención en drogodependencias. Por lo que se refiere a Suiza, recuérdese que ya aludí al pronunciamiento, en 1992 y 1997, de la Oficina Federal de Justicia (OFJ) en el sentido de considerar que dichos programas se integraban en el marco de la responsabilidad de la Administración Penitenciaria en prevenir el VIH.

En Alemania el problema de la legalidad se planteó en sede penal. Se llegó a considerar que la distribución de jeringuillas hacía que los distribuidores de las mismas pudieran ser considerados cómplices -criminalmente hablando- de los drogadictos. A solventar dicha eventualidad vino la sección 29 de la legislación alemana sobre drogas de 1992 (*Betäubungsmittelgesetz, BtMG*) que estableció que la provisión a los drogodependientes de jeringuillas estériles de un solo uso no constituía delito.

También en España se ha discutido doctrinalmente hasta que punto los programas de intercambio de jeringuillas suponen la realización del tipo de tráfico de drogas. Recordemos que el tipo del actual 368 CP 1995 (en lo que aquí interesa, similar a su precedente, el art. 344 CP anterior en la redacción dada por la reforma de 1988) señala:

“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas



tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”.

Como puede verse la conducta incriminada es amplia. Se castiga además de a los que cultiven, elaboren o trafiquen a los que “de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas”.

Como señala Silva (Silva, 1993) dos son las cuestiones a considerar:

- Si el acto de difundir jeringuillas estériles realmente favorece o facilita el consumo ilegal de drogas o simplemente favorece una modalidad del mismo. En realidad cualquiera de las dos cosas se dará en la práctica.
- Si, en cualquier caso, la entrega/intercambio de jeringuillas aún reconociendo que pueda ser un acto “típico” es, además, “antijurídico”. Como describe Silva caben al respecto dos concepciones:
 - a) El mal que amenaza (riesgo de contagio) no es lo inminente que sería preciso para apreciar un auténtico estado de necesidad, luego el acto sí sería antijurídico.
 - b) Existe una causa de justificación ya que el mal causado (favorecimiento del consumo de drogas) es menor que el que se trata de evitar (contagio de SIDA).

Jesús María Silva se adhiere a la segunda concepción, aunque supedita su adhesión a la concurrencia del requisito de subsidiariedad. Es decir, que no existieran otros medios menos lesivos de hacer frente a la situación de

peligro (postura defendida en Alemania por Bottke).

Con todo en España la cuestión de la “ilegalidad” de los PIJ tiene tal vez más interés, especialmente práctico, fuera del campo estrictamente penal y alcanza su relevancia en el terreno penitenciario. Se ha planteado la aparente contradicción que supondría tolerar conductas que en principio se encuentran administrativamente prohibidas. Un breve repaso a la normativa sobre disciplina penitenciaria nos sacará pronto de dudas. De conformidad con el art. 42.1 LOGP no cabe otra corrección disciplinaria que las previstas en los casos preestablecidos en el Reglamento Penitenciario. En la actualidad aunque el Reglamento vigente es el aprobado por Real Decreto 190/1996, 9 de febrero, la Disposición Derogatoria Única, apartado 3 del mismo mantiene la vigencia de los arts. 108-110 del anterior Reglamento (aprobado por Real Decreto 1201/1981, 8 de mayo). Es en dichos preceptos en los que se contiene el elenco de faltas susceptibles de sanción. Pues bien, en dicho catálogo, en lo que interesa a nuestros efectos, tenemos los siguientes preceptos:

“Art. 109. Son faltas graves:

f) Introducir, hacer salir o poseer en el Establecimiento objetos que se hallaren prohibidos por las normas de régimen interior.

j) ... el uso de drogas tóxicas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, salvo prescripción facultativa”.

La mención a la introducción o posesión de objetos prohibidos parece claramente focalizar el aparente conflicto normativo. De ello tomó cumplida nota la DGIP. Y por ello la experiencia piloto de Basauri, vino acompañada de la Instrucción DGIP 11/1997, 3 de julio en la que se hacía constar:



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

En parecidos términos se ha expresado la Instrucción DGIP 5/2001, 7 de junio, que extiende los Programas de intercambio de jeringuillas a todo el territorio nacional.

Como se ve, el pretendido conflicto era de escasa entidad. Comoquiera que el Reglamento penitenciario se remitiría a las normas de régimen interior de los centros, bastaba una Instrucción o Circular a estos para que, entre sus normas, se especificara la licitud de la posesión de jeringuillas, por supuesto en los términos contemplados en el PIJ.

A modo de conclusión parcial. En nuestro marco constitucional vida y salud son bienes de la máxima relevancia jurídicamente protegidos al más alto nivel (arts. 15 y 43 CE) para todos, absolutamente todos los ciudadanos (para los empleados penitenciarios, también). Al mismo tiempo la legislación penitenciaria de desarrollo atribuye a la Administración penitenciaria el deber de velar por “la vida, integridad y salud de los internos” (art. 3.4 LOGP) (en algún momento he hablado de “relación de protección especial” la que en este sentido liga al recluso con la Administración, Barrios, 2001 y Barrios y López, 2002). Así las cosas será preciso definir en un primer momento si existe un conflicto de bienes a proteger (vida y salud de los empleados-vida y salud de los internos) y solo si este existiera habría que definir las vías o parámetros de solución del mismo. Ahora bien, en este punto se hace necesario recor-

dar tres cuestiones que se encuentran íntimamente entrelazadas: a) tan legítimos y constitucionalmente relevantes son los derechos a la vida y salud de los empleados como de los internos reclusos, b) deberá estarse en todo caso a los resultados empíricos de las experiencias pilotos foráneas y nacionales, y c) a la vista de lo anterior, y siempre que no se vulneren flagrantemente derechos constitucionales (o de legalidad ordinaria), es una cuestión estrictamente política (de política legislativa o de gestión penitenciaria si se quiere) la definición y desarrollo de las estrategias y programas de prevención o disminución del daño en instituciones penitenciarias.

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

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



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

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

5.2. CUESTIONES DE RESPONSABILIDAD.

Finalmente, creo necesario hacer siquiera alusión (sin perjuicio de que en un futuro le dedique una mayor atención) a los aspectos relativos a la responsabilidad/es derivadas de la implantación de PIJs en IIPP. Entre otras posibles, creo de interés señalar los siguientes ámbitos de responsabilidad:

a) Responsabilidad por falta de protección de la vida/salud de los reclusos.

En el orden penal, como recuerda Silva Sánchez (Silva, 1989), la doctrina y jurisprudencia alemana sostienen que “*todo* funcionario penitenciario tiene una *posición de garante* respecto a los internos”, respondiendo, en consecuencia, cuando no evite, pudiendo hacerlo, las lesiones o muerte de un interno, como autor o partícipe, doloso o imprudente, de un delito “omisivo impropio” de homicidio o lesiones. Dicha posición de garante “es tanto de *protección* de los bienes jurídicos del interno como de *control* del mismo como fuente de peligro” y se encuentra fundamentada en “una serie de deberes de naturaleza jurídico-pública que les son impuestos a los referidos funcionarios por el Ordenamiento Penitenciario”. Aunque, obviamente, estos deberes, de “retención y custodia” de algunos miembros del colectivo funcional y de “asistencia y tutela” -especialmente intenso para otros- afecta a cada

uno de ellos “según peculiaridades derivadas de la descripción de la propia *posición*”. Por tanto, en opinión de este autor, la responsabilidad funcional se encuentra directamente ligada a la *posición*, es decir, a las características y contenido funcional del puesto de trabajo, si bien el simple *status* no es suficiente para afirmar la posición de garantía del empleado penitenciario, pues “lo decisivo es el alcance del compromiso típico específico de cada funcionario penitenciario”.

Descartado -por improbable- el delito doloso del funcionario que intencionalmente propaga una enfermedad infecto-contagiosa, parece lógico que la responsabilidad penal funcional se inscriba en el contexto de los delitos de omisión. Las principales hipótesis que pueden darse son las siguientes:

- Agresión entre internos (utilizando una jeringuilla). En la “institución total” que es una prisión, el funcionario -básicamente de las *Unidades de Servicio*, art. 304 y ss. RP 1981- asume un “compromiso material de protección del interno frente a agresiones dolosas, tanto de otros internos como de terceros, entre los que se incluyen los propios funcionarios”. En esta institución total “al interno se le priva de medios socio-ambientales, espaciales y físicos de defensa, hasta el punto de que no puede velar por sí mismo. Y si resulta que cada uno tiene un deber de autoprotección (es garante de sí mismo), quien priva intencionadamente a otro de la posibilidad de defenderse adopta, por compromiso inequívoco funciones de protección sobre él”. En conclusión, “el funcionario penitenciario, previamente «comprometido» que no impide hechos de esta naturaleza responde en comisión por omisión”. Cuestión otra es que forma de autoría y participación tendrá. Recuér-



dese al respecto la redacción del actual art. 11 CP:

“Los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la ley, a su causación. A tal efecto se equiparará la omisión a la acción:

a) Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar.

b) Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente”.

- Contagio accidental o imprudente entre internos (básicamente por compartir jeringuillas). Para Silva (Silva, 1989) en tales casos “la posición jurídico-pública de deber y la innegable especial dependencia del interno darán lugar, en caso de no evitación de la lesión, a responsabilidad del funcionario por una omisión pura agravada. Pero nunca a comisión por omisión”. Y esto es así, explica Silva, porque “el dominio del funcionario sobre el desamparo del interno, es un dominio que sólo se expresa en el compromiso adoptado de impedir agresiones dolosas. Respecto al resto de situaciones, el funcionario no es más que una persona a quien la especial naturaleza de la prisión y las relaciones de dependencia atribuyen una responsabilidad agravada. Pero cuyas omisiones, en el plano normativo, no muestran identidad estructural con la comisión activa”. Por tanto, en el caso de accidentes y enfermedades parece obvio “la existencia de un deber de los funcionarios penitenciarios de impedir la producción de accidentes a los internos, en los

casos en que ello les sea posible”, dando lugar su incumplimiento a una “omisión pura agravada”.

- Negativa al tratamiento del interno (una vez producido el contagio). En principio, continúa Silva, es “inexigible la intervención cuando la misma supone un enfrentamiento directo con la voluntad del paciente”, aunque “la exigibilidad reaparece, sin embargo, en los casos de posibilidad de infección, con lo que hay deber de tratar en contra de la voluntad del paciente. El caso típico actualmente sería el del enfermo del SIDA”. Obviamente la intervención no sería exigible siempre que concorra la “libre responsabilidad” del interno, es decir, se trate de “decisiones libres y responsables”.
- Supuesto de autopuesta en peligro (compartiendo jeringuillas). Sucede otro tanto igual que en el caso anterior. Siempre que dicha autopuesta en peligro provenga de un sujeto responsable, “no existe un deber jurídico-penal de intervención para coartarla”. “Sin embargo, la negación de tal deber no impide su afirmación en lo que se refiere a la evitación de las consecuencias de la mencionada autopuesta en peligro: así, la autolesión imprudente o consecuencias trascendentes a la misma. Pero este deber, de nuevo, aparece condicionado a la ausencia de una oposición del interno a ser tratado”.

Con independencia del orden penal, o junto a éste ya que ello es jurídicamente admisible en nuestro ordenamiento, al no regir el principio *non bis in idem* cuando como en el caso de los empleados penitenciarios existe una relación de sujeción especial de estos respecto a la Administración en la que se integran, podrían depurarse las responsabilida-



des de índole disciplinaria que en cada caso fuera necesario dilucidar. En el concreto caso de los funcionarios -aunque también el personal laboral pudiera incurrir en responsabilidades que se residenciarían en el marco del Convenio Único para el personal laboral de la Administración General del Estado (BOE, 1.12.1998) (art. 80) y, en su caso, en vía de recurso ante la jurisdicción social- pudieran imaginarse algunas conductas sancionables: La falta de rendimiento que afecta al funcionamiento de los servicios (arts. 6.f y 7.i) o las conductas constitutivas de delito doloso relacionadas con el servicio o que causen daño a la Administración o a los administrados (art. 7.c), en ambos casos del Reglamento de Régimen Disciplinario de la Administración del Estado, aprobado por R.D. 33/1986, 10 de enero (BOE, 17 de enero).

En el orden de la responsabilidad patrimonial, tanto el art. 106.2 CE como el art. 139.1 LRJPAC exigen para que pueda haber responsabilidad patrimonial que la lesión sea "consecuencia" del funcionamiento (normal o anormal) de los servicios públicos pues "es preciso que entre la lesión y el funcionamiento haya un nexo de causalidad objetiva" (STS, 19.1.1987, ya que "la Administración no tiene el deber jurídico de soportar unos daños que ella no ha causado" (STS, 14.3.1990). Ya me he extendido en otro momento y lugar sobre las cuestiones de causalidad relacionadas con la responsabilidad patrimonial de la Administración, concretamente en los supuestos de suicidio (Barrios, 2001). Indicaba allí como la ruptura de nexo causal (y por consiguiente la exoneración de la responsabilidad de la Administración) podría producirse cuando concurriera una *libre voluntad suicida*. Extrapolando aquellas consideraciones, tendríamos que aquí -en sede de responsabili-

dad derivada del uso compartido de jeringuillas- podría afirmarse que igualmente se produce la ruptura del nexo causal -y su consiguiente secuela de exoneración-. No obstante, en este punto convendría tener en cuenta las consideraciones que en su momento hiciera Silva (Silva, 1993). Este autor trae a colación la STS 4ª, 3.11.1988, para poner de manifiesto como no se produce la ruptura del nexo causal por el hecho de que un interno voluntariamente lleve a cabo actos generadores de un riesgo materializado en la producción de un contagio de SIDA. Según aquella resolución no bastaría la negligencia de la víctima -cuando ésta es colateral- para producir la ruptura del nexo causal y la consiguiente exoneración de la responsabilidad. Concluye Silva afirmando que tanto las meras negligencias como la realización de actos desde una situación de irresponsabilidad patrimonial de la Administración penitenciaria.

En este punto traigo a colación las consideraciones que hice en la obra citada (Barrios, 2001) que probablemente pueden arrojar cierta luz al problema, pues si bien se refieren a otro supuesto -el suicidio en prisión- entiendo que existe identidad de razón para aplicar aquí aquella doctrina:

"Tradicionalmente -salvo algún caso aislado (STS 16.11.1974, Az. 4510)- se exigía que la relación causal fuera «directa, inmediata y exclusiva», pero en la actualidad se admite la causalidad «indirecta, mediata y concurrente». En la concreta materia de suicidio en centros penitenciarios puede leerse en la STS 3ª, 5.5.1998, EDJ 98/730 [En el mismo sentido STS 3ª, 28.3.2000, EDJ 2000/8574]; 4.5.1999, EDJ 1999/18564; 30.3.1999, EDJ 1999/11357; 26.11.1998, EDJ 1998/29814; 19.6.1998, EDJ 1998/11379; 25.1.1997, EDJ 1997/692] que:



«la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes (aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización)»”.

Pero, como seguía diciendo:

“En términos generales la culpa de la víctima exonera a la Administración de su responsabilidad, y la exonera tanto si la conducta del perjudicado es ilícita o intencionada como si es meramente negligente (Nieto, 1986 y Fernández, 1982). Esta ha sido la tradicional doctrina jurisprudencial que, ahora como principio general, admite excepciones (así en SSTs, 3º, 19.6.1998, EDJ 11379 y 3º, 4.10.1999, EDJ 99129357). Sin embargo, frente a la posición tradicional conforme a la cual la culpa del perjudicado exonera a la Administración de su responsabilidad, se fueron lentamente abriendo paso otros criterios más flexibles. Primero se admitiría que la mera interferencia del nexo causal no bastaba para exonerar a la Administración (así en SSTs 5.1.1974, 11.10.1975 y 7.7.1984). Después ya se instauraría la doctrina hoy vigente y conforme a la cual la intervención de tercero -o de la propia víctima- en determinados casos no rompe el nexo causal aunque atempera la responsabilidad administrativa. Tímidamente esta nueva posición ya se apunta en algún temprano pronunciamiento (STs 23.5.1984, Az. 4370), afirmando luego con mayor rotundidad (STs 3.2.1989, EDJ 1989/983: «En estos supuestos cabe hablar de una concurrencia de concausas, que imponen criterios de compensación (asumiendo en teoría, cada parte lo que le corresponde) o atemperar la indemnización a las características o circuns-

tancias concurrentes del caso examinado. En este sentido, se ha pronunciado la doctrina de la Sala en las SS 8 enero 1967, 27 mayo 1984, 11 abril 1986 y 22 julio 1988, entre otras etc»”.

En conclusión habrá que estar a cada caso en concreto, pero -a la vista de lo expuesto- parece claro el deber de protección que recae sobre la Administración Penitenciaria no permite exonerar a esta de la responsabilidad ni tan siquiera alegando, sin más, voluntariedad en la conducta de la víctima (contagiada). Será preciso evaluar -insisto que en cada caso- la “real” libertad en la conducta del drogodependiente, la concurrencia de culpas personales-institucionales, etc.

b) Responsabilidad del recluso por daños derivados del uso de la jeringuilla como arma.

[Ninguna duda cabe de que una jeringuilla infectada o, incluso, sobre la que se tiene una razonable duda de estarlo, se convierte en un arma ciertamente temible. Al riesgo de una hipotética consecuencia fatal y definitiva (muerte) se une en ocasiones el temor a una largo y doloroso proceso y, en cualquier caso, no es cuestión baladí la angustia que, cuando menos, produce el mero hecho de suponerse portador del VIH.

El empleo de las jeringuillas para cometer actos delictivos (comúnmente contra la propiedad, aunque también cabría con ocasión de otros supuestos -secuestros, delitos contra la libertad sexual,...-) se ha “convertido en un medio, también común y generalizado, utilizado por la delincuencia más abyecta” (STs 2ª, 23.11.1994, EDJ 1994/9287). La simple amenaza, “la intimación no puede estimarse de poca entidad” (STs 2ª, 1.9.1999, EDJ 1999/21408). El temor es más que razonable, incluso en casos en los que se vierte la amenaza “mediante palabras o gestos” “aun-



que no se hubiese exhibido la jeringuilla con la aguja" (STS 2ª, 1.9.1999, EDJ 1999/21408). O incluso cuando exhibiéndose no tiene siquiera la víctima conocimiento fehaciente de la eficacia en el instrumento de contagio:

- Bien por la falta del dispositivo de introducción en vía venosa (aguja): "Aunque objetivamente una jeringuilla sin aguja no tuviera capacidad para transmitir la infección que pudiera tener el líquido rojo que contenía tal instrumento, entendemos que esa apariencia de sangre en el interior del instrumento que se utiliza como medio para amenazar; sin que la víctima se percatara de si tenía o no aguja, como ocurrió en el caso aquí examinado, tiene aptitud para producir un fuerte impacto psicológico en la persona que sufre la intimidación" (STS 2ª, 20.7.2000, EDJ 2000/23054).
- Bien por falta de sangre contaminada: "para reputar una jeringuilla con la aguja puesta como instrumento peligro semejante a un arma, no es necesario que la jeringuilla contenga sangre, y menos aún que la sangre esté contagiada por el virus del SIDA o algún otro con el cual pudiera transmitirse alguna enfermedad" (STS 2ª, 14.12.2000, EDJ 2000/43537).

Pues bien, reconocida la idoneidad de una jeringuilla hipodérmica -incluso con la flexibilidad hermenéutica con la que hemos descrito este instrumento- los delitos que con ella pueda llevar a cabo el portador, interno de un centro penitenciario, serán todos los posibles de cometer con cualquier otro tipo de "arma". Obviamente que estaremos aquí hablando lógicamente de delitos en su modalidad dolosa. El homicidio (138 CP), las lesiones (147 y 149 CP), la detención ilegal (163 y 164 CP), las amenazas (169 CP), las coacciones (172 CP) son conductas delictivas en

las que tiene perfecta cabida el empleo de un instrumento peligroso, de un auténtico "arma" como hemos dicho, que es una jeringuilla hipodérmica sobre la que recae la convicción o la mera sospecha de estar contaminada.

No obstante es de justicia indicar que el natural temor que los empleados penitenciarios han tenido desde el primer ante la implantación de los programas de intercambio de jeringuillas en prisión se ha visto despejado ante la evidencia, hasta ahora constatada empíricamente de que las jeringuillas no se han convertido, ni mucho ni poco, en instrumento delictivo *intra-muros*. Y ello tanto en la experiencia española como allende nuestras fronteras.

c) Responsabilidad del recluso por daños originados por el indebido uso compartido de las jeringuillas.

Si fuera del mundo penitenciario el uso compartido de jeringuillas es en buena parte una ceremonia de reconocimiento grupal, *intramuros* dicho uso en común tiene, además de dicho carácter simbólico el carácter de auténtica necesidad. La escasez de las jeringuillas justifica por sí solo el uso compartido.

Es precisamente a este nivel donde tradicionalmente se ha enmarcado algún tipo penal. Me refiero lógicamente al llamado "delito de propagación maliciosa de enfermedades", tipo introducido por Ley de 24 de abril de 1958 (art. 348 bis CPA). Dicho precepto afirmaba:

"El que maliciosamente propagare una enfermedad transmisible a las personas será castigado con la pena de prisión menor. No obstante, los tribunales, teniendo en cuenta el grado de perversidad del delincuente, la finalidad



perseguida o el peligro que la enfermedad entrañare, podrán imponer la pena superior inmediata, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyere delito más grave”.

El tipo delictivo, incardinado dentro de la rúbrica general de “delitos contra la salud pública”, tenía su vista puesta fundamentalmente en el contagio de enfermedades de transmisión sexual (Sainz Cantero, 1961 y 1967; Boix, 1977). Pero la irrupción del fenómeno SIDA provocó la inevitable reflexión en torno a la aplicabilidad de este tipo, aunque todo hay que decirlo, y ya ha quedado señalado, el tipo en sí, visitó poco o nada nuestras sedes judiciales, y además la doctrina abogó por su desaparición del Código Penal (Romeo, 1991 y 1993). El tipo objetivo tendría lugar, en lo que a nosotros interesa, “cuando un interno que es portador del virus cede una jeringuilla ya usada por él mismo a otros que sucesivamente la utilizan inyectándose droga por vía intravenosa” (Romeo, 1991 y 1993)

Como podrá observarse -y tengamos siempre presente la propuesta doctrinal de suprimir un tipo tan “específico”- el parentesco entre el tipo de “maliciosa propagación de enfermedades” (del entonces 348 bis CPA) y el de lesiones (de los anteriores arts. 420-421 CPA) era patente. Y ello sería puesto de manifiesto por nuestra jurisprudencia. Dando anticipadamente por bueno que era posible el concurso entre el delito de propagación maliciosa de enfermedades y los tipos de homicidio o lesiones, es decir el concurso de un delito de peligro abstracto (propagación maliciosa) con el resultado material causado (homicidio o lesiones) (Romeo 1991), nuestros tribunales han declarado:

- Que el delito de lesiones acoge diferentes modalidades operativas: “Con expresión

sintética, «lesión» equivale a todo daño, detrimento o menoscabo que incida en la salud, en la mente o en el cuerpo de una persona, pudiendo consistir la dinámica comisiva de esta modalidad delictiva, tanto en herir, golpear o maltratar -párrafo primero del artículo 420 del Código Penal como en producir las mentadas lesiones por vía nutricia o abusando de la credulidad o flaqueza de espíritu del ofendido - artículo 421-, e incluso, mediante contagio intersexual -artículo 348 bis del mismo cuerpo legal-, debiendo acompañar, al resultado antedicho y a la dinámica comisiva también citada, un elemento subjetivo que a su vez se desdobra en dos requisitos, uno de ellos positivo, esto es, que el infractor obre con «animus laedendi» o «animus vulnerandi», y el otro negativo, el cual estriba en la ausencia, por parte del sujeto activo, de «animus necandi» o «animus occidendi»” (STS 2ª, 29.4.1986, EDJ 1986/2874, y en el mismo sentido STS 2ª, 30.3.1987, EDJ 1987/2498).

- Que propagación maliciosa de enfermedades (348 bis CPA) y delito de lesiones (420 CPA) tienen un parentesco palpable, “ya que el primero de los artículos mencionados, que fue introducido por Ley de 24 de abril de 1958 dentro de la rúbrica general de «delitos contra la salud pública» (en el Código antes aludido «contra la salud pública y el medio ambiente»), y como cierre de ella, para penar la propagación de enfermedades transmisibles a las personas, es de contenido similar al del segundo de los artículos citados, en el que se sancionan, bajo el título de «delitos contra las personas», las lesiones que se causaren a otro menoscabando su integridad corporal o su salud física o mental, pues obvio es que si



por lesión se entiende, desde el punto de vista legal, toda alteración de la normalidad somática o psíquica de un individuo, y que tal alteración es, por tanto, sinónima de enfermedad, al establecer ambos preceptos las repetidas condenas de acciones que ocasionan al sujeto pasivo enfermedad, es notorio que los dos son homogéneos y, por ello, que puede pasar el Tribunal juzgador desde el 348 bis al 420, sin necesidad de plantear la tesis, pues al reprimirse en éste último igual o iguales comportamientos pero con menor pena, no se quiebra al hacerlo el principio acusatorio constitucionalmente proclamado, por lo que procede confirmar el fallo de la Audiencia que se haya en un todo ajustado a la Ley" (STS 2ª, 28.1.1997, EDJ 1997/252).

En cualquier caso, y tal como afirma Romeo (Romeo, 1991), tras la reforma operada en nuestro ordenamiento penal del delito de lesiones corporales en 1989 "no cabe duda de que ahora también se integra en la conducta típica el contagio de una enfermedad a otra persona".

El delito de lesiones -utilizando la jeringuilla como instrumento de contagio- admitiría la doble modalidad: dolosa (pues no es descartable al menos teóricamente de que un sujeto contaminado propicie intencionalmente el contagio de otro, por venganza, mediante precio o recompensa,...) y culposa (cuando se hubiera producido como consecuencia de la infracción de los deberes de cuidado, arts. 565.1 y 586 bis CPA; hoy 152 CP).

Entre otros temas de interés resaltan dos cuestiones:

- Por un lado, la delimitación temporal de la "consumación" delictiva. La cuestión no

carece de interés. El SIDA (también la hepatitis) es una enfermedad de curso relativamente largo. Sin embargo, y aunque la enfermedad como tal no se desarrolle, el mero hecho de reconocerse como portador ya es de por sí un mal. Como afirmó Romeo: "La presencia de un agente patógeno en el organismo, los cuidados y exploraciones médicas que precisa la persona seropositiva, la modificación de su forma de vida por tiempo indefinido, tanto para prevenir el desarrollo de la enfermedad como para no transmitirla a otros permiten concluir que tal menoscabo se ha producido" (E igual posición se sostiene en Alemania, S. Bundesgerichtshof, 4.4.1988). En este sentido Romeo (Romeo, 1991) sugiere que: podría castigarse por un delito de consumación de lesiones, vía del antiguo art. 420.1 o 2 CPA, siempre que se hubiera constatado el contagio (seropositividad); sin embargo, no podría aplicarse el tipo agravado del anterior art. 421.2º CPA ya que este requeriría el desarrollo de la enfermedad (somática o física), al ser un delito calificado por el resultado. Extrapoladas estas consideraciones al ordenamiento vigente, podría castigarse por el delito de lesiones del tipo básico (147 CP) pero no por el tipo agravado del actual 149 CP. El tenor literal de estos preceptos es el siguiente: mientras el art. 147 CP señala que: "El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico". El



art. 149 CP afirma que: "El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años".

- Por otro, se encuentra la cuestión bastante frecuente de desconocer la fuente del contagio. Es decir, si el sujeto pasivo ha realizado prácticas de riesgo (uso compartido de jeringuillas) con varias personas, sin que pueda determinarse con absoluta precisión quién de ellas ha sido la transmisora de la enfermedad en tal caso, solo cabía condenar por tentativa (Romeo, 1991).

Como ya hemos señalado no es descartable un posible delito de homicidio. Al margen de su eventual comisión dolosa (la jeringuilla como instrumento para cometer el delito), habría asimismo una comisión en su modalidad culposa. Pero al igual que sucediera con el delito de lesiones nos enfrentaríamos asimismo al problema de determinar su consumación, si bien en este caso "la producción o no de la muerte y su momento permite llegar a soluciones más nítidas" (Romeo, 1993). En general, al tiempo del proceso -señala este autor- lo común será que nos encontramos frente a un "homicidio frustrado".

Este punto (de modalidades en el tipo subjetivo) es, probablemente, uno de los puntos más peculiares en la perspectiva penal del tema que aquí nos ocupa. Por lo general, cuando se ha producido consentimiento en el riesgo, es decir, cuando un interno ha sido previamente informado del peligro (el primer usuario es portador del VIH y además la je-

ringuilla no es estéril), cabe concluir que queda excluida la responsabilidad por imprudencia (Romeo, 1982) aunque, obviamente, no pueda decirse lo mismo respecto al dolo, dado que los bienes jurídicos de que aquí se trata (vida e integridad personal) en modo alguno son disponibles (Romeo 1991).

d) Responsabilidad como consecuencia del contagio del personal.

En esta materia dos son las principales cuestiones que pueden plantearse. En primer lugar, si es factible la reclamación de una pensión extraordinaria cuando se produzca un evento dañoso (incapacidad permanente o fallecimiento) como consecuencia de la prestación del servicio penitenciario (pinchazo accidental, agresión con una jeringuilla,...). En segundo lugar, parece conveniente plantearse hasta qué punto tiene apoyatura la reclamación de una indemnización, sobreañadida a aquella eventual pensión extraordinaria.

Respecto a lo primero, y según señala el art. 28.2.c del Real Decreto Legislativo 670/1987, de 30 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado, la jubilación del funcionario público puede tener lugar por:

"Por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad, que se declarará de oficio o a instancia de parte, cuando el interesado venga afectado por una lesión o proceso patológico, somático o psíquico que esté estabilizado y sea irreversible o de remota o incierta reversibilidad, cuya lesión o proceso le imposibiliten totalmente para el desempeño de las funciones propias de su Cuerpo, Escala, plaza o carrera".

En el caso que aquí interesa, pudiera acontecer que el motivo de la incapacidad permanente radicara en las secuelas provocadas por el contagio de una enfermedad



incapacitante (VIH/Hepatitis). Para este caso la Resolución de 29 de diciembre de 1995 de la Secretaría de Estado para la Administración Pública, por la que se modifican los procedimientos de jubilación del Personal Civil incluido en el ámbito de cobertura del Régimen de Clases Pasivas del Estado, BOE, 11.1.1996), establece un procedimiento a fin de que el "funcionario jubilado por incapacidad permanente para el servicio o los familiares del funcionario fallecido que se consideren con derecho a pensión extraordinaria" puedan solicitar la incoación, por parte del órgano de jubilación, de un denominado "expediente de averiguación de causas" (8º. I Res. 29.12.1995). Al instructor nombrado a tal efecto le corresponde disponer

"de oficio o a solicitud del interesado, la práctica de las pruebas que estime pertinentes para fijar la realidad de las lesiones o dolencias que determinaron la jubilación por incapacidad permanente o el fallecimiento del funcionario, así como la relación de causalidad entre éstas y el servicio o tarea desempeñada por el mismo" (8º.3 Res. 29.12.1995).

Por lo que se refiere a la modalidad de relación causal exigible en los procedimientos de reconocimiento del derecho a pensión extraordinaria indicar que el régimen se separa del vigente para la responsabilidad patrimonial de la Administración. En efecto, en el caso de reclamaciones patrimoniales frente a la Administración por obra de la jurisprudencia se ha producido una evolución muy peculiar: partiendo de la exigencia de una relación causal "directa, inmediata y exclusiva" se ha llegado a muy distintas exigencias, admitiéndose más recientemente que la relación causal fuera "indirecta, mediata y concurrente". Sin embargo, como ya anunciábamos, la relación causal a que hace refe-

rencia el procedimiento de reconocimiento de pensión extraordinaria es muy otra. El art. 47.2 del Real Decreto Legislativo 670/1987 exige que la causa de la incapacidad permanente "se produzca, sea por accidente o enfermedad, en acto de servicio o como consecuencia del mismo". Y más concretamente, y refiriéndose a casos de enfermedad, el mismo precepto añade:

"En caso de la enfermedad causante de la inutilidad, ésta deberá constar como adquirida directamente en acto de servicio o como consecuencia directa de la naturaleza del servicio desempeñado".

Los términos de la ley no pueden ser más explícitos: "directamente", "consecuencia directa". En conclusión, siempre que se demuestre una relación causal en los términos antedichos, el funcionario penitenciario que resulte contagiado "en acto de servicio" será acreedor del reconocimiento de una pensión extraordinaria.

Cuestión muy otra es la posibilidad de que el funcionario pretenda además reclamar una indemnización, vía responsabilidad patrimonial de la Administración (106.2 CE y 139 y ss. LRJPAC). En este caso se plantea el puntual problema de la compatibilidad entre la pensión extraordinaria y la indemnización.

Y en este sentido la jurisprudencia ha sufrido una notoria evolución. Hasta 1991, y valga el simple ejemplo de la STS 3ª, 21.3.1989 (EDJ 1989/3259) se hacían razonamiento del siguiente género:

"Indudablemente el señalamiento de pensión extraordinaria y demás complementarias constituye un plus patrimonial que evidencia la asunción por el Estado de unas consecuencias por vía del abono periódico revisable de la pensión mensual extraordinaria, generadas en un he-



cho producido dentro del funcionamiento de un servicio público del que ha resultado daño o perjuicio para otras personas. En tal sentido debe entenderse existe una incompatibilidad entre el percibo de esa especial forma de indemnización que significa la pensión extraordinaria por fallecimiento en acto de servicio (y las prestaciones indemnizatorias complementarias a que se ha aludido) y la que hubiera podido constituir -si no existiera este modo de resarcimiento- el abono de la indemnización prevista en el art. 40 de la Ley de régimen jurídico de la Administración del Estado, arts. 121 y cc. LEF y demás preceptos aplicables».

Más como quiera que este tipo de pronunciamientos no eran siempre compartidos (por ejemplo las SS. 5 de abril y 1 de diciembre de 1989 admitieron la compatibilidad) y existía una clara contradicción entre las diversas Salas (entonces 3) de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, la Sala de Revisión en su Sentencia de 12.3.1991. Esta sentencia "unificadora" de la doctrina recalca que su vocación es la de resolver la contradicción de pronunciamientos en casos de fallecimiento durante el servicio militar («en este caso concreto, para prevenir extrapolaciones siempre arriesgadas»). Pero pronto los postulados en ella contenidos se ampliarán a otros supuestos.

De este modo, en la actualidad, cabe concluir que, en principio, no existe obstáculo para una eventual compatibilidad de pensión extraordinaria e indemnización. Al respecto debería tenerse en cuenta que:

- El título de imputación es distinto en uno y en otro caso (entre otras SSTS 3ª, 31.5.2001, EDJ 2001/10043; 4.2.1999, EDJ 1999/1394; 21.12.1999, EDJ 42835; 8.10.1998, EDJ 1998/23484 o 12.5.1998, EDJ 1998/9996).

- La indemnización por responsabilidad patrimonial, lejos de atender «situaciones de necesidad», persigue una compensación integral del daño producido (STS, 10.4.2000, EDJ 2000/5011).
- La pensión es insuficiente en ocasiones ya que "el principio de la reparación integral del daño causado, ...no se consigue con la pensión extraordinaria ya que ésta es una evaluación apriorística del quebranto mínimo sufrido, pero no cuida de matizar los perjuicios cuantitativa y cualitativamente padecidos en función de las distintas circunstancias personales, familiares o profesionales" (STS 3ª 21.12.1999, EDJ 1999/42835)..». Por tanto, la pensión extraordinaria es por sí misma insuficiente y está necesitada de un complemento que le sirva para conseguir la plenitud de la reparación» (STS 3ª sec. 6ª 16.1.2001, EDJ 2001/488).
- En todo caso la indemnización que se otorgue ha de tener en cuenta "las sumas percibidas por el interesado en aplicación de disposiciones concretas cuando tengan un sentido resarcitorio del daño sufrido y se produzcan por idéntico concepto" (STS 3ª sec. 6ª 16.1.2001, EDJ 2001/488).

e) Abandono de jeringuillas.

Finalmente quedaría un tipo claramente marginal en sede penitenciaria, el contemplado como falta en el art. 630 CP, que textualmente señala:

"Los que abandonaren jeringuillas, en todo caso, u otros instrumentos peligrosos, de modo o con circunstancias que pudieran causar daño a las personas o contagiar enfermedades, o en lugares frecuentados por menores, serán castigados con las penas de arresto de tres a cinco fines de semana o multa de uno a dos meses".



Digo que la hipótesis de una conducta delictiva como la reseñada es marginal en el mundo penitenciario por un doble tipo de consideraciones:

- En los centros en los que no existe PIJ bien sabido es que una jeringuilla es un instrumento sumamente "cotizado". Su posesión es apreciada y discutida. Su uso es incluso objeto de transacción. Por tanto, pensar en el abandono "voluntario" de una jeringuilla en un lugar público, es en la práctica impensable.
- En los centros en los que se haya implantado un PIJ, la jeringuilla en cuanto tal no está por ello menos valorada. Debe tenerse en cuenta que el programa es de "intercambio", y por ello, no se obtiene una jeringuilla estéril hasta que no se hace entrega de la previamente usada (a salvo del momento inicial que comporta una distribución programa de jeringuillas).

BIBLIOGRAFÍA

AIDS COORDINATING COMMITTEE OF THE AMERICAN BAR ASSOCIATION. (2000). *Deregulation of Hypodermic Needles and Syringes as a Public Health Measure: A Report on Emerging Policy and Law in the United States*. Comentarios de Scott BURRIS.

ALCARAZ, E. y HUGHES, B. (1997) *Diccionario de términos jurídicos*. Barcelona. Ariel.

ARBEO, O.; CASTIELLA, J.; ORIA, J.; VIU, B. y PRO, G. (1997). *Estudio descriptivo sobre la situación de las personas con problemas de drogodependencias internados en la prisión de Pamplona. Propuestas de intervención*. Pamplona. Mimeografiado.

BARRIOS, L. F. (2001). «El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad

institucional». *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 3: 125.

BARRIOS, L. F. y LÓPEZ, A. (2002). "Asistencia psiquiátrica durante la prisión preventiva (El caso Ruiz de Santamaría). *La Ley*. 5459, 14.1.2002.

BELL, J. (1999). «Needle-exchange programmes are not the answer». *Lancet*. 353.

BENNETT, S. S. (1998). «Needle-exchange programmes in the USA» y «Harm reduction and needle exchange programmes: author's reply». *Lancet*. 351.

BLUTHENTHAL, R. et al. (1998). «Harm reduction and needle exchange programmes». *Lancet*. 353.

BOIX, J. (1977). «Consideraciones críticas sobre el artículo 348 bis del Código penal (Propagación maliciosa de enfermedades)». En: «Delitos contra la salud pública». Publicaciones del Instituto de Criminología. Valencia.

BUNNING, E. (1990). «Aids-related interventions among drug users in the Netherlands». *International Journal of Drug Policy*. 1:5.

BURRIS, S. (1992). «Prisons, law and public health: the case for a coordinated response to epidemic diseases behind bars» *University Miami Law Review*. 47: 291-329.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (1997). HIV Prevention Bulletin: Medical Advice for Persons Who Inject Illicit Drugs, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, May 9, 1997.

COUNCIL OF EUROPE (1998). Recommendation R (98) 7 of Of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. (Adopted by



the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627 th meeting of the Ministers' Deputies). CM(97)179 revised 2(1).

CUELLO E. (1958). *La moderna penología (Represión del delito y tratamiento de los delincuentes. Penas y medidas. Su ejecución.)*. Barcelona. Bosch: 464ss.

DEL OJO CORDERO, D. y FERNÁNDEZ CUBERO, R. (1991). «Factores de riesgo en la transmisión del SIDA en las prisiones». En *VII Jornadas Penitenciarias Andaluzas*. Sevilla: Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.

DESJARLAIS, DD. (1996). «HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes». *Lancet*. 348.

DOLAN, K. (1997-1998). «Preuves de la transmission du VIH en prison». *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 3 (4)- 4 (1).

DUBLER, N. et al. (1990). «Management of HIV Infection in New York State Prisons». *Columbia Human Rights Law Review*. 21: 363ss.

DUNCAN, DF. y NICHOLSON, T. (1994). Harm Reduction: An Emerging New Paradigm for Drug Education. *Journal of Drug Education*, 24 (4).

ESCUADERO, JA. (1978): «Cinco siglos de cárceles» *Historia 16. Extra VII*: 14.

FERNÁNDEZ FARRERES, G. (1982). «La fijación del nexo causal cuando en la producción del daño concurre la acción de la víctima». *REDA*: 34.

FERNANDO, D. (1997). «HIV-prevention strategies». *Lancet*. 349.

FRISCHER, M. et al. (1996). «Direct evaluation of needle and syringe exchange programmes». *Lancet*. 347.

GOSTIN, L. (1997). «HIV-prevention strategies». *Lancet*. 349.

GOSTIN, L. (1998). «The Legal Environment Impeding Access to Sterile Syringes and Needles: the Conflict Between Law Enforcement and Public Health». *Journal of Acquired Immune Deficiency and Human Retrovirology*. 18: S60. Suppl.1.

GOSTIN, L.O. y LAZZARINI Z. JONES, TS. et al. (1997). «Prevention of HIV/AIDS and other blood-borne diseases among injection drug users: a national survey on the regulation of syringes and needles». *JAMA* 277: 53-62.

GOSTIN, L.O. y WEBBER, D.W. (1998). «HIV Infection and AIDS in the Public Health and Health Care Systems. The Role of Law and Litigation» *JAMA*. 279: 1108-1113.

Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Subcomisión de prevención del Plan Nacional sobre el SIDA. Disponible en la URL: <http://www.msc.es/sida/prevencion/jeringuills.htm>.

HARTSGERS, C.; BUNING, E.C.; VAN SANTEN, G.W.; VERSTER, A.D. y COUTINHO, R.A. (1989). Impact of the needle and syringe exchange programme in Amsterdam in injecting risk behaviour *AIDS* 3: 571-576.

HIRSBRUNNER, H. P. et al. (1997). *Evaluation et suivi de la prévention du VIH et de la toxicomanie dans les établissements pénitentiaires d'Hindelbank: Rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne: Service psychiatrique de l'Université de Berne.

HUGHES, R. A. (2000). «Lost opportunities? Prison needle and syringe exchange schemes». *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 7 (1).



HURLEY S F, JOLLEY D J y KALDOR J. (1997). «Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection». *Lancet*. 349.

JACOB J. STEVENS A. y STÖVER H. (1999). «Prisons et drogue: vers des directives européennes». *Bulletin Canadien VIH /SIDA et Droit*. 4 (2/3).

JACOB J y STÖVER H. (1997). «Allemagne - Échange de seringues dans des prisons de la Basse-Saxe: examen préliminaire». *Bulletin canadien VIH/sida et droit*. 3 (2/3).

JACOB J. y STÖVER H.: «Drug Use, Drug Control and Drug Services in German Prisons - Contradictions, Insufficiencies and Innovative Approaches». Disponible en la URL: <http://www.drugtext.org/articles/glasgow3.htm>

JONAS S. Panel discussion on the topic, «Should public health adopt a harm reduction drug control strategy?». Asamblea Anual de la American Public Health Association, Atlanta, GA, 12.11.1991.

JÜRGENS, R. (1994). «HIV Prevention Taken Seriously: Provision of Syringes in a Swiss Prison». *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1 (1): 1-3

JÜRGENS, R. (1995a). «Alarming Evidence of HIV Transmission in Prisons». *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1 (2): 2-3.

JÜRGENS, R. (1995b). «Switzerland: Provision of Sterile Needles in Prisons Declared Judicially Admissible». *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1 (3): 2.

JÜRGENS, R. (1997-1998a). Methadone, But No Needle Exchange Pilot in Federal Prisons. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 3 (4) - 4 (1).

JÜRGENS, R. (1996a). «Needle Exchange in Prisons: An Overview». *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 2 (4).

JÜRGENS, R. (1996b). «HIV/AIDS in Prisons: Final Report». *Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society*. Montreal.

JÜRGENS, R. (1996c): «HIV/AIDS and Drug Use in Prisons: Will Prisons Fail the Test?». *The Keeper's Voice*. 17 (1).

JÜRGENS, R. (1997-1998b). «Détenus et VIH/SIDA» *Bulletin canadien VIH /SIDA et Droit*. 3 (4) y 4 (1).

JÜRGENS R. (1999). «Le VIH/sida en prison : développements». *Bulletin canadien VIH/sida et droit*. 4 (4): 70-76.

JÜRGENS, R. y RILEY, D. (1997). «Responding to AIDS and Drug Use in Prisons in Canada». *The International Journal of Drug Policy*. 8(1):31-39.

Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection: un plan d'action national (1997). Ottawa. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique.

LEWIS, R. (1999). «Consumo de drogas por vía intravenosa y SIDA en Edimburgo. Maximizar los beneficios y minimizar los riesgos». *Adicciones* 11 (1).

LIFSON, A. R. (1998). «Harm reduction and needle exchange programmes». *Lancet* 351.

LOCONTE, J. (1998). «Killing Them Softly». *Policy Review. The Journal of American Citizenship*, 90.

LURIE, P. y DRUCKER, E. (1997). «An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA». *Lancet*. 349.



LURIE, P.; REINGOLD, A. L.; BOWSER, B. et al (1993). *The Public Health Impact of Needle Exchange Programas in the United States and Abroad. Summary, Conclusions and Recommendations*. Atlanta. Centers for Disease Control and Prevention.

MALKIN, I. (1995). «The role of the law of negligence in preventing prisoners' exposure to HIV while in custody». *Melbourne University Law Review*. 20: 423-480.

MENOYO, C.; ZULAICA, D. y PARRAS, F. (2000a). «Programmes d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne». *Revue Canadienne VIH/SIDA et Droit*. 5 (4).

MENOYO, C.; ZULAICA, D. y PARRAS, F. et coll. (2000b). *Needle exchange programme (NEP) in the prison of Bilbao, 2 years experience: 1997-1999*, XIII^e Conférence internationale sur le sida, Durban, 9-14 juillet 2000 (abrégé n^o TuOrD322).

MORRIS, K. (1999). «US drug project abandons needle exchange». *Lancet*, 353.

NELLES, J. y FUHRER, A. (1995). *Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Établissements de Hindelbank - Rapport succinct des résultats de l'évaluation*. Berne. OFSP.

NELLES J. (1997). «The contradictory position of HIV prevention in prison: Swiss experiences». *International Journal of Drug Policy*. 8: 24.

NELLES, J. y FUHRER, A. (1997): *Harm Reduction in Prison: Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour*. Berne. Peter Lang.

NELLES, J. y HARDING, T. (1995). «Preventing HIV Transmission in Prison: A Tale of Medical Disobedience and Swiss Pragmatism». *The Lancet*. 346: 1507.

NELLES, J.; BERNASCONI, S. y MIKOLA, A.D. (1997). «Provision of syringes and

prescription of heroin in prison: The swisse experience in the prisons of Hindelbank and Oberschongron». Disponible en la URL: <http://www.drugtext.org/articles/97815.thm>. Con acceso el 27.1.2002.

NELLES, J.; FUHRER, A.; HIRSBRUNNER, H.P. y HARDING, T.W. (1998a). «Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison?» *British Medical Journal*, 317: 270-273.

NELLES, A.; FUHRER, A. y VINCENZ, I. (1998b). *Programme de prévention contre le VIH et l'hépatite à la prison cantonale de Realta*. Office fédéral de la santé publique. Berna.

NIETO, A. (1986): «La relación de causalidad en la responsabilidad administrativa: doctrina jurisprudencial». *REDA*. 51.

NORMAND, J.; VLAHOV, D. y MOSES, L.E. (Eds) (1995). *Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach*. Washington. DC. National Academy Press.

OFSP (2000). «La politique suisse en matière de drogue», Office fédéral de la santé publique, Sep. 2000. Folleto.

ONU (2000). *Preventing the transmission of hiv among drug abusers*. Annex to the Report of 8 th Session of ACC Subcommittee on Drug Control 28-29 September 2000.

ONUSIDA (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. WHO Global Programme on AIDS. WHO/GPA/DIR/93.3. Geneva.

ONUSIDA (1996). *HIV/AIDS in Prisons. Statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Fifty second session of the United Nations Commission on Human Rights. Geneva. Apr. 1996.



ONUSIDA (1997). *Las cárceles y el SIDA: Actualización técnica del ONUSIDA* (Colección

ONUSIDA de Prácticas Óptimas. Actualización técnica. Ginebra. Abr: 1997.

ORIA, J. C.; CASTIELLA, J. J. e IZQUIERDO, L. (2001). «Rehabilitación penitenciaria». *Espejo sanitario*. 3. Mar.

OSAKIDETZA (1999). *El programa de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri: 2 años de experiencia*. Ministerio de Sanidad (Plan Nacional sobre el SIDA), Gobierno Vasco (Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social y Departamento de Sanidad) y Ministerio del Interior (Dirección General de Instituciones Penitenciarias). También disponible en la URL: <http://www.osakidetza-svs.org/osakidetza/cas/sida/prevencion/basauri.htm>.

PAGET, D. Z. (1998). *Needle Distribution in the Swiss Prison Setting: a breakthrough?*. Swiss Federal Office of Public Health.

PAGLIARO, A. M. y PAGLIARO, L. A. (1994). «L'infection par le VIH et le SIDA dans les établissements correctionnels, un juste châtement?» *Service Correctionnelle Canada*. 6 (3).

«Prisoners and HIV/AIDS. Switzerland: Prison Needle Exchanges Declared Judicially Admissible» (1995). *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1 (3).

Proyecto de Declaración de Compromiso sobre elVIH/SIDA, 2.8.2001, Período Extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre elVIH/SIDA, "Crisis mundial-Acción mundial", Nueva York, 25-27 junio 2001.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA (2001). «Prévention: le matériel d'injection stérile». *VIH/sida en prisons*. Feuillelet núm. 6. 2ª edic.

REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA (2000). «Sida y Prisión. Las cárceles: un lugar para la prevención» (Editorial). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 1: 1-2.

RILEY, D. (1993). *The Harm Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area between Intolerance and Neglect*. Canadian Centre on Substance Abuse. Disponible un resumen en la URL: <http://www.ccsa.ca/docs/harmred.htm>.

ROMEO CASABONA, C.M. (1982): «El consentimiento en las lesiones, en el Proyecto de Código Penal de 1980». *Cuadernos de Política Criminal*. 17:287ss.

ROMEO CASABONA, C. M. (1991): «El SIDA en las prisiones. Transmisión del SIDA entre reclusos». VII Jornadas Penitenciarias Andaluzas. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.

ROMEO CASABONA, C. M. (1993): «El deber de asistencia médica a los pacientes de SIDA». *JANO*, 29 ene.-4 feb. 1993, XLIV (1024): 46.

ROVNER, J. (1998). «USA continues federal ban on needle-exchange funding». *Lancet*. 351.

RUIZ PÉREZ, I.; ACEIJAS HERNÁNDEZ, C. y HERNÁN GARCÍA, M. (2001). «Uso de drogas ilegales en España». *Informe SESPAS 2001*. Granada.

RUTTER, S.; DOLAN, I.C.; WODAK, A., HALL, W., MAHER, L. & DIXON, D. (1995). «Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploratory Study of the Issues» *Technical Report Number 25*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

SAINZ CANTERO, J.A. (1967). «El delito de propagación maliciosa de enfermedad trans-



misible a las personas». Revista de Estudios Penitenciarios. 13ss.

SAINZ CANTERO, J. A. (1961). «Alcance del delito de propagación de enfermedades contagiosas». Boletín del Ilustre Colegio de Abogados. Granada.

SATCHER, D. *Evidence-Based Findings on the Efficacy of Syringe Exchange Programs: An Analysis from the Assistant Secretary for Health and Surgeon General of the Scientific Research Completed Since*, April 1998. Washington, DC: Dept. of Health and Human Services, 2000.

SILVA, J. M. (1989). «Aspectos de la comisión por omisión: fundamento y formas de intervención. El ejemplo del funcionario penitenciario». Cuadernos de Política Criminal. 1989: 367-404.

SILVA, J. M. (1993). «El SIDA en la cárcel: algunos problemas de responsabilidad penal». En MIR S. (Ed.). *Problemas jurídico penales del SIDA*, Barcelona: Bosch.

STIMSON, G. V. (1989). «Syringe-exchange programmes for injecting drug users». *AIDS* 3:253-260.

STÖVER, H. (2000). «Évaluation positive de projets pilotes d'échange de seringues en prison». *Bulletin canadien VIH/sida et droit*. 5(2/3).

STÖVER, H. (2001). *Study on Assistance to Drug Users in Prisons*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001 (EMCDDA/2001).

US Department of Health and Human Services (1993). Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Prevention Bulletin, 19 April 1993.

VON HENTIG, H. (1968). *La Pena, II. Las formas modernas de aparición*. Madrid. Espasa-Calpe: 277-281.

WATTERS, J. F.; ESTILO, J. J.; CLARK, G. L. y LORVICH, J. (1994). «Syringe exchange and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users». *JAMA* 271:115-120.

WATSON, M. (1991). «Harm reduction. Why do it?». *International Journal of Drug Policy*. 3:182-185.

WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (1993). Geneva. (WHO/GPA/DIR/93.3).

ZEEGERS, D. (1999). «Distribution d'aiguilles dans les prisons suisses : une percée?». *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 4 (2/3): 69-71.