



EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología.
San Sebastián, N.º 5 - 1991.

- **Antonio Beristain.** "Presentación desde la dedicatoria" 7
- **Robert Cario.** "El estatuto del vigilante penitenciario en Francia" 13
- **Alfredo Espinet.** "La conducta agresiva" 29
- **Jean Charles Heraut.** "La persona en el universo institucional" 41
- **Tony Peters.** "El futuro de las medidas de corrección: estrategias" 57

Symposium: "Derecho Penal y Criminología: Drogas y Narcotráfico" (12th World Congress of Social Psychiatry, Washington) 67

- **Antonio Beristain.** "Nuevas relaciones entre la droga-narcotráfico y las éticas transnacionales" 69
- **José Luis de la Cuesta.** "Política legislativa de drogas de las Comunidades Autónomas en España" 89
- **Enrique Echeburúa.** "El problema de la dependencia a las sustancias adictivas: un enfoque psicosocial" 103
- **Esther Giménez-Salinas.** "Droga/Sida: nuevo objetivo en el punto de mira penitenciario" 117
- **M.^a Angeles Mtz. de Pancorbo.** "SIDA, el gran reto de un pequeño virus" 131
- **Francisco Muñoz Conde, Bella Aunió.** "Drogas y Derecho penal" 147

- IV Promoción de Criminólogos Vascos 159
- Memoria del IVAC-KREI 167
- **Indices de Eguzkilore:** año 1976 y años 1987-1991 . 199

EGUZKILORE

Número 5.
San Sebastián
Diciembre 1991
117 - 129

DROGA / SIDA: NUEVO OBJETIVO EN EL PUNTO DE MIRA PENITENCIARIO

Esther GIMENEZ-SALINAS i COLOMER

*Doctora en Derecho y Psicóloga.
Directora del Centro de Estudios Jurídicos
y Formación Especializada del Departamento
de Justicia de la Generalitat de Cataluña,
Profesora de Derecho Penal de la Universidad
de Barcelona.*

Resumen: Partiendo de la teoría de la *normalización* se analizan algunos de los aspectos siguientes: reagrupación o dispersión de los toxicómanos, permeabilidad de las prisiones, ingreso en prisión e índice de adicción, dualidad droga-delinuencia y características especiales del SIDA en la población penitenciaria.

Laburpena: *Normalizazio* teoria abiapuntutzat hartuz, hurrengo atalak azertzen dira: drogazaleen biltze edo banaketa, espetxeetako permeabilitatea, gartzelan sartzea eta zaletasun maila, droga-gaizkintza bi-koiztasuna eta presoengan IHESaren ezaugarri bereziak.

Résumé: En partant de la théorie de la *normalisation* on analyse les domaines suivants: regroupement ou dispersion des toxicomanes, perméabilité des prisons, entrée en prison et table d'addiction, dualité drogue-délinquance, caractéristiques spéciales du SIDA sur la population pénitentiaire.

Summary: Starting from the theory of *Normalization* it is analysed the following aspects: Regrouping or dispersion for the drug addicts, permeability of the prisons, admission into prison and regularity index, drug-delinquency duality, special characteristics of AIDS in the prison population.

Palabras Clave: prisión, dispersión, estigmatización, población penitenciaria, droga, delincuencia, SIDA.

Hitzik Garrantzizkoenak: gartzela, banaketa, aztarnaketa, espetxeetako biztanlego, droga, gaizkintza, IHESa.

Mots Clef: prison, dispersion, stigmatisation, population pénitentiaire, drogue, délinquance, SIDA.

Key Words: prison, dispersion, stigmatization, penitentiary population, drug, delinquency, AIDS.

INTRODUCCION

Se dice con frecuencia que la prisión es mala para los drogadictos, pero yo me pregunto ¿Es que la prisión es buena para alguien? Se dice también que la prisión no es el lugar adecuado para tratar a los drogadictos y conseguir su reincorporación, o bien que dejen las drogas. La pregunta sería también ¿Es que la prisión es el medio adecuado para tratar a los delincuentes y conseguir su plena reinserción social?

No entraré aquí a tratar el tema de la discusión sobre si la prisión es un medio adecuado para conseguir el mandato constitucional de nuestro Art. 25.2, en el que se establece que las penas privativas de libertad estarán orientadas hacia la reinserción social de los condenados y presos. La problemática de la situación de las prisiones es hoy bien conocida por todos, y a nadie se le escapa que la prisión no es ni mucho menos el lugar idóneo para resocializar a un delincuente, o, para aplicar un tratamiento a un drogadicto.

Existen dentro del ámbito del control penal otras fórmulas que pueden ser mucho más eficaces, tanto desde el punto de vista de la prevención general, como de la prevención especial, pero no puede ser, dada su amplitud, objeto de esta ponencia.

Entre las posturas abolicionistas (HULSMAN, L. 1981 y CHRISTIE, N. 1984) que abogan sin condición por la abolición de las prisiones y el derribo de los muros, y los defensores actuales de la prevención especial que consideran posible la aplicación de un tratamiento resocializador en la prisión, surge recientemente la denominada teoría de la Normalización (Norman Bishop 1989).

Aceptando que la prisión es un mal para el que la sufre, contra el mal, como contra la enfermedad, se lucha en primer lugar para erradicarlo, y si ello no es posible, para limitarlo al máximo.

A partir de aquí y aceptando que un número limitado de ciudadanos estará en prisión, ésta debe sufrir una serie de transformaciones orientada hacia la Normalización. ¿Qué entendemos pues por Normalización? Significa en definitiva acercar lo más posible la vida dentro de la prisión a la de afuera. Luchar contra los efectos negativos de la prisión, a través de romper con la subcultura imperante en la misma y acercarla a la vida en el exterior. Aprovechar el tiempo de estancia de un individuo en prisión, no ya para "resocializarlo" sino para dotarle de un mayor número de instrumentos útiles para la vida en el exterior. Instrumentos tales como mayores conocimientos, formación profesional, formación laboral, etc., garantizar que la vida en prisión ofrezca una situación digna al individuo, tanto desde el punto de vista material como de régimen, etc. (Más ampliamente, sobre el concepto de "Normalización" en las prisiones GIMENEZ-SALINAS COLOMER, E. 1989). La palabra "normalización" servirá de guía también a la problemática suscitada con las toxicomanías y el SIDA.

A.- REAGRUPAMIENTO O DISPERSION PARA LOS TOXICOMANOS QUE CUMPLEN UNA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD

La prisión no es un centro terapéutico. Las intervenciones de finalidad terapéutica se plantean siempre como problemáticas cuando se han de realizar en el

campo de la Institución penal. Por un lado, parece claro que, a pesar de las numerosas deficiencias de las prisiones, se debe aprovechar el tiempo de la reclusión de un interno para favorecer la mentalización de los presos acerca de los riesgos de su drogodependencia, y por otra parte, el intentar trabajar de forma que exista una decisión individual que le permita alejarse del mundo de las drogas. Para CONTRERAS E IZQUIERDO (1989), "La Administración Penitenciaria debería interesarse de un lado por "restaurar" la salud física y psíquica de los detenidos que manifiestan una dependencia toxicómana, y de otro, poner en marcha mecanismos suficientes para desarrollar las capacidades de relación y de reinserción de aquéllos"... Sin embargo uno de los primeros problemas que se plantean es si deben existir centros especiales o prisiones especiales para los toxicómanos, o bien, que estén dispersados por los diferentes establecimientos.

La tendencia general es considerar que los presos consumidores de drogas deben ser dispersados entre la población reclusa no toxicómana. El argumento que apoya esta decisión es según CONTRERAS E IZQUIERDO el evitar la estigmatización del colectivo drogodependiente. Pero existen además otras razones y problemas que analizaremos a continuación.

1.º *En primer lugar* habría que decidir quiénes serían los "supuestos beneficiarios" de estar en un lugar de "tratamiento" dentro de la propia Institución penitenciaria. Algo parecido a lo que sucede en el ámbito penitenciario para otorgar o no el tercer grado a los sujetos toxicómanos y hacer con ello posible su estancia en régimen abierto y la posibilidad de ser asistidos en Instituciones de Rehabilitación extra penitenciarias (Art. 57 del Reglamento Penitenciario).

Existe una propuesta formulada por FREIXA y SANCHEZ CONCHEIRO (1989) que sería la de establecer una distinción entre delincuentes-toxicómanos y toxicómanos-delincuentes. Los primeros serían los "auténticos" delincuentes que posteriormente se convierten también en toxicómanos. Los segundos serían aquéllos a los que la toxicomanía les habría llevado a delinquir, y por consiguiente, los mejores destinatarios de un tratamiento alternativo a la prisión.

Introducir una tal distinción es, a nuestro juicio, enormemente peligroso porque significa aprobar una diferencia, que no por frecuente puede ser aceptada, pues violaría el principio constitucional de igualdad (en este sentido GONZALEZ ZORRILLA, 1989).

Es por todos conocido que la población penitenciaria pertenece desgraciadamente a los sectores más deprimidos de la sociedad. Así las cifras de los detenidos y presos arrojan un bajísimo nivel económico y socio-cultural.

En este sentido, del análisis efectuado sobre la población penitenciaria de Cataluña, a 31 de julio de 1990, se desprende que el 16,9% son analfabetos absolutos y neolectores y el 31,5% son analfabetos funcionales (BASSOLS, A. 1990).

En comparación con los datos relativos a la población total de Cataluña (INFORMACIONES, 1990), son sensiblemente superiores ya que el valor correspondiente a los analfabetos absolutos y neolectores se sitúa en el 5,8% mientras que el de los analfabetos funcionales se sitúa en el 25,4%.

En cuanto al nivel de paro, se destaca que en el momento de ingresar en prisión, un 31,2% de los internos declaran tener un puesto de trabajo cualificado, mientras que un 48,5% no lo tienen y un 20,2% se declaran sin oficio (MARZO, A. y MORENO, F.J., 1989).

A esta categoría pertenecerían teóricamente los delincuentes-toxicómanos, que son desgraciadamente a través de la “selección” del control penal la mayoría de la población penitenciaria.

Sin embargo, poco a poco llegan a nuestras cárceles jóvenes que no cuadran con el esquema. Jóvenes pertenecientes a sectores sociales más privilegiados y a los que a menudo los propios funcionarios de prisiones dicen “la prisión no es el lugar para este chico”. Ofrecer a éstos un mayor nivel de oportunidades no parece, pues, la solución más idónea —aunque sea por motivos terapéuticos—.

2.º *La agrupación de toxicómanos en una prisión* identificaría a quien fuera destinado a la misma como un “auténtico drogadicto”. La mera etiqueta de “drogadicto”, produce ya en sí un estigma que consolida su situación y lo aísla, margina y proscrib. Como consecuencia, el individuo adquiere una nueva identidad o concepto de sí mismo, del que difícilmente podrá desprenderse.

3.º Si hiciéramos prisiones para drogadictos, con la misma razón deberíamos hacer prisiones para infectados de SIDA, analfabetos, débiles mentales, etc. El aislamiento por categorías no contribuye, desde luego, a la “Normalización” de las prisiones sino todo lo contrario.

4.º Plantear la no creación de prisiones especiales no significa no poder organizar actividades específicas para los toxicómanos que les ayuden a superar su problema. Pero, en todo caso, es una actividad terapéutica más, dentro de la propia prisión.

B.- PERMEABILIDAD DE LAS PRISIONES

Un segundo aspecto sería el de evitar la entrada de la droga en la prisión.

Aquí nos encontramos ante un gran dilema. Permeabilidad, o no, de la prisión. Evidentemente, una prisión más abierta donde existan posibilidades de acceso de los familiares, y que los internos gocen de permisos de fin de semana, o de salida, es una prisión más permeable en todos los sentidos y no sólo en el mundo de la droga. Por el contrario, una prisión de unos muros muy altos, y sin ninguna posibilidad de acceso de salida de los internos hacia fuera, ni del mundo exterior hacia dentro, es una prisión totalmente controlable, desde un punto de vista de la entrada de la droga.

Aquí de nuevo es necesario buscar el equilibrio entre los controles necesarios para evitar la entrada de la droga y la necesaria comunicación con el mundo exterior. Hay quien afirma que la mejor prisión es aquélla tan cerrada en sí misma que es imposible la introducción de droga. Cerrada de afuera a dentro y de dentro a fuera. Por el contrario, nosotros pensamos que el contacto con el mundo exterior es fundamental.

No tener presente que esto favorece de una forma notable la vuelta del interno al mundo exterior, es cerrar los ojos a la realidad. Si las prisiones son un lugar intermedio entre la vida de plena privación de libertad y la vuelta del recluso a ella, la vida en prisión solamente puede estar orientada hacia esa vuelta al exterior, hacia este retorno a la vida normal del recluso. Si la prisión fuera un lugar, un fin en sí mismo, de forma que "buen recluso" fuera aquél que se adaptara a la vida penitenciaria en la Institución, pero no existiera ninguna posibilidad de vuelta a la sociedad, posiblemente estos argumentos no serían planteados hoy aquí. Pero de hecho, el paso por prisión de las personas es de una corta duración, ya que los promedios de estancia, afortunadamente, no superan en general el promedio de dos o tres años. Por consiguiente, la estancia en prisión es un paréntesis en la vida del individuo, paréntesis que debe aprovecharse al máximo para que el individuo vuelva en las mejores condiciones a la vida en el exterior.

En el campo de la drogadicción, como hemos dicho al principio, la prisión debe al menos ofrecer la oportunidad, a un nivel global, de restaurar la salud física y psíquica de los detenidos, y a un nivel individual poner en marcha los mecanismos necesarios para crear o desarrollar las capacidades de relación y de reinserción social de los detenidos.

Así planteadas las cosas, debemos tener en cuenta que una cierta permeabilidad de la prisión es absolutamente necesaria para una posible reinserción social del individuo, a su salida de la prisión.

Sin embargo, no puede obviarse tampoco a la ligera el tema del control y de la interceptación de la entrada de droga en las prisiones. Aquí nos planteamos que si bien el objetivo es perfectamente lícito, no lo es el empleo de cualquier modo o medio.

Nuestro Reglamento Penitenciario sanciona expresamente la introducción de sustancias tóxicas:

"Artículo 109. Son faltas graves:

...

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

...

i) La embriaguez producida por el abuso de bebidas alcohólicas autorizadas que cause una grave perturbación en el Establecimiento o por aquéllos que hayan conseguido o elaborado clandestinamente, y también por el uso de drogas tóxicas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes excepto por prescripción facultativa".

En Cataluña, durante 1989, el personal penitenciario emitió 1.443 partes disciplinarios. De éstos, el 56% lo fueron por la interceptación de sustancias tóxicas, principalmente:

- 59% hachís
- 27% psicofármacos
- 8% heroína

Es por todos conocido que los medios más frecuentes de introducción de drogas en los establecimientos penitenciarios son a través de las comunicaciones íntimas y al regreso de los permisos, para lo que a menudo los internos y familiares utilizan la introducción de la droga en el estómago, ano o vagina.

Por un lado, destacar que para controlar estas introducciones existen medios técnicos, si se quisieran utilizar, hoy perfectamente al alcance de las posibilidades de una prisión, como serían las radiografías, etc., y no son necesarios los tactos que suponen una humillación para quien los tiene que sufrir. Sin embargo, decidir qué personas deben someterse a estos controles significa una valoración de aspectos éticos y jurídicos de considerable gravedad, ante lo cual no puede ser una medida tomada para la mayoría de los casos, y tampoco de forma sistemática. Ello nos lleva a la conclusión de que resulta imposible interceptar todo el tráfico de droga (en el mismo sentido GARRIDO Y REDONDO, 1990 y CONTRERAS E IZQUIERDO) y que es un factor que debe asumirse por la Administración Penitenciaria.

C.- VISION GENERAL DE LA POBLACION PENITENCIARIA

España tiene una población de 37 millones de habitantes. Anualmente ingresan en prisión alrededor de 100.000 personas.

En 1988 la población reclusa total se situaba cerca de los 30.000 internos, cifra que significa un 69,2 por 100.000 habitantes (Gráfico I), proporcionalmente no muy alta en comparación con el resto de países europeos donde España se sitúa en el número 13 de un total de 25 países, es decir, justo en la mitad (Ver cuadros anexos I y II).

En cuanto a la población femenina, se sitúa en un 6,2 por 100.000 habitantes, la cifra más alta de todo Europa.

D.- INGRESO EN PRISION E INDICE DE HABITUALIDAD

Al ingreso de una persona en prisión se realiza un reconocimiento médico que arroja una situación global de la salud del interno y de su posible drogodependencia.

En Cataluña, durante 1989, los Servicios Médicos realizaron un total de 10.535 reconocimientos al ingreso en prisión, de los cuales se desprende el consumo de las siguientes sustancias tóxicas:

- 32% alcohol
- 22% cocaína
- 24,5% psicofármacos
- 44% heroína

con lo que se observa la adicción a más de una, además del alto porcentaje de tabaquismo, que representa el 81% de la población.

E.- DUALIDAD DROGA-DELINCUENCIA

Ante todo, cabe destacar que la actual legislación penal española castiga *el tráfico* de drogas, pero *no el consumo*.

Es por esta razón que la causa por la que la mayoría de los toxicómanos ingresan en prisión es por delitos contra la propiedad y no por delitos contra la salud pública. Sin embargo, al contrario de lo que pueda desprenderse, el alto porcentaje de delitos contra la propiedad, pudiera también estar motivado por la adicción a las drogas.

No obstante, en Cataluña se está produciendo un progresivo incremento de ingresos debidos a delitos contra la salud pública. En este sentido véanse las siguientes cifras: en enero de 1989, el porcentaje respecto del total, de ingresos de hombres debidos a delitos contra la salud pública era del 7,59% mientras que en diciembre del mismo año era ya del 11,88%. En cuanto a las mujeres, es mucho mayor, y se sitúa en torno al 40%. (Gráfico II).

F. CARACTERISTICAS ESPECIALES DEL SIDA EN LA POBLACION RECLUSA

Las variables que inciden en la propagación del SIDA en la denominada "población de riesgo" son objeto de análisis por parte de los estudiosos en la materia.

Ahora bien, según ESTEBANEZ, P. (1988), en las cárceles, además de todos los factores de riesgo comunes existen también otros aspectos específicos que podrían agruparse en *Aspectos Personales*, hábitos tales como relaciones homosexuales, adicción a la droga por vía intravenosa, tatuajes, además de otros como el bajo nivel cultural que limita el acceso a la información y alteraciones psíquicas debido a la pérdida de libertad.

Y otro tipo de aspectos que denomina *Propios del medio ambiente*, tales como el frío, la humedad, el hacinamiento, que favorecen la promiscuidad y la transmisión de enfermedades y la falta de ventilación y luz, que producirá la disminución de síntesis de ciertas vitaminas.

El grado de hacinamiento se produce indiscutiblemente en mayor número en las grandes ciudades como Madrid y Barcelona (el Centro Penitenciario de Carabanchel y La Modelo son los centros con mayor población. Ver cuadro Anexo III).

Así pues nos encontramos con una población penitenciaria que debido a sus características favorece la transmisión de la enfermedad.

Los datos que se recogen de diversos estudios epidemiológicos realizados en algunas prisiones (MIGUEL TOBAL, F. y MIGUEL TOBAL, J. J., 1986) muestran que entre el 29% y el 57% de los reclusos se encontrarían infectados por el virus del SIDA.

En Cataluña, desde finales de 1985 (en que se conoció el primer caso) y febrero de 1990, se han detectado alrededor de 217 casos, de los cuales 162 ya han sido confirmados por la Comisión de Sanidad.

Las medidas para solucionar este problema deberían intervenir en dos aspectos: atención de enfermos y prevención del desarrollo de la enfermedad.

En Cataluña se están preparando distintos programas a aplicar en los centros penitenciarios que van desde la atención psicosocial a enfermos infectados, hasta la evaluación y análisis de comportamientos de riesgo, tales como el consumo de drogas mediante jeringuillas compartidas, comportamientos sexuales de riesgo, compartir maquinillas de afeitador o cepillos de dientes, para su modificación. (REDONDO, y OTROS, 1990).

Un debate importante actualmente es el de la libre distribución de las jeringuillas en prisión. Los argumentos pueden agruparse en dos grandes grupos. Primero, aquéllos que defienden que al estar prohibido el consumo de drogas en la prisión, no es lícita la venta de jeringuillas, pues ello supondría tanto como aceptar la libre circulación de las mismas. En segundo lugar, quienes defienden que su venta no necesariamente lleva implícita su utilización con fines de consumo de droga y que en todo caso la protección de la salud se eleva como factor primordial.

A mi juicio lo más importante de este último argumento es que la prevención de la salud, no sólo propia, sino primordialmente del riesgo de contagio y propagante de la enfermedad, se eleve como el bien jurídico más importante a proteger, sin que por el momento se vislumbre otra alternativa, para al menos frenar el contagio.

APENDICE I

A los efectos del estudio y análisis que se han mencionado anteriormente, se ha confeccionado un cuestionario, anónimo y voluntario sobre conductas de riesgo relacionadas con el SIDA que se pasó a un grupo de 50 internos del Centro Penitenciario de Hombres de Cuatro Caminos, en Cataluña. Aunque la muestra no tiene valor en términos estadísticos cabe mencionarla aquí por su valor cualitativo.

De la muestra realizaron la encuesta completa alrededor de un 45% de los sujetos (23). Las causas de abandono se resumen en las siguientes: bajo nivel de lectocomprensión y de terminología y rechazo hacia aspectos relacionados con las drogas respecto de la desconfianza institucional.

De las cuestiones planteadas (132) distribuidas entre aspectos sociológicos, conocimiento de la enfermedad, comportamientos de riesgo, contactos sexuales de riesgo, y de aseo de riesgo, destacaremos las siguientes:

La obtención de jeringuillas. Un 50% no responde a la pregunta, y del resto, la mayoría no especifica la forma. Un 13% emplea jeringuillas propias y un 9% emplea jeringuillas de un compañero.

Inyección de drogas con jeringuillas usadas por otras personas. En este sentido, el 47,8% manifiesta no inyectarse con jeringuillas usadas por otras personas, mientras que el 30% siempre se inyecta con jeringuillas usadas por otras personas.

A la pregunta *¿Cómo lo hizo?* respondieron lo siguiente: La mitad manifiestan *no usar nunca* una misma jeringuilla después de otra persona (tanto si la desinfectan con lejía, a su disposición para la limpieza general de las celdas, y en tanta cantidad como sea necesaria, como si no), mientras que menos de la mitad afirman

emplear una misma jeringuilla sin haberla desinfectado la mayoría de las veces o al menos algunas veces.

Un 8% de los sujetos manifiestan utilizar muchas veces o casi siempre otras formas de inyectarse(!).

En cuanto a la *periodicidad*, un 12% afirma inyectarse más de una vez a la semana e incluso más de una vez al día. La *historia de drogadicción* manifestada por los sujetos va desde 1 a 34 años, situándose el valor más frecuente en 9 años.

En lo que atañe a la *desinfección de las jeringuillas*, solamente un 13% afirma desinfectarlas con lejía la mayoría de las veces. En el momento de realizar la inyección un número importante, el 30,4% piensa que la jeringuilla pueda estar contaminada. Alrededor del mismo número piensa que se inyecta con jeringuillas contaminadas porque no dispone fácilmente de otras. La mayoría cree que deberían ser entregadas jeringuillas a los toxicómanos en prisión.

En cuanto a los *contactos sexuales*, la mayoría manifiesta tener relaciones sexuales tanto en el "vis a vis" como fuera de la prisión. Alrededor de la mitad manifiesta tener contactos sexuales dentro de la prisión, distintos de los "vis a vis". Sólo una minoría manifiesta relacionarse con distintas personas.

La forma de realización, la mayoría utiliza la penetración y más de la mitad contactos bucogenitales.

Respecto de la *utilización de preservativos*, la mayoría no los usa, aunque dispone habitualmente de ellos, obteniéndolos mayoritariamente de los lotes sanitarios que se les entregan mensualmente (12 en cada entrega).

Sólo una tercera parte, en las relaciones sexuales con compañeros, piensa en la necesidad de usar preservativos.

En cuanto al *préstamo de utensilios de aseo* todos los encuestados manifiestan no prestar cepillos de dientes a otros, mientras que una minoría (12%) presta maquinillas de afeitar a otros.

BIBLIOGRAFIA

- BASSOLS, Agustí. "La alfabetización y reinserción social: seis años de experiencia en las prisiones de Cataluña". Conferencia pronunciada en la *Conférence Liberté de Lire*. Ottawa, octubre, 1990.
- BISHOP, Norman. *El sistema penitenciario*. Freiburg, 1989.
- CHRISTIE, Nils. *Los límites del dolor*. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.
- CONTRERAS, Francisco y IZQUIERDO, Ciriaco. "Incidencias de la Droga en los Centros Penitenciarios de Régimen Abierto", en *Cuadernos de Política Criminal*. Madrid: Edersa. 1989, núm. 38.
- ESTEBANEZ, Pilar. "Mesa Redonda sobre el Análisis de la situación penitenciaria actual". Madrid: *Jornadas sobre la prisión y sus alternativas*. 1986.
- FREIXA, Francesc y SANCHEZ CONCHEIRO, M. Teresa. *¿Camino sin salida?: el drogodependiente frente al sistema jurídico-penal y sanitario*. Barcelona: Icaria, 1989.
- GARRIDO, Vicente y REDONDO, Santiago. *La intervención penitenciaria en España (I)* (en prensa).

- GIMENEZ-SALINAS COLOMER, Esther. "Der Spanische Strafvollzug" en *Publicaciones Max-Planck-Institut* (en prensa).
- GONZALEZ ZORRILLA, Carlos y otros. *Repensar las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 1989.
- HULSMAN, Louk H. C. "Une perspective abolitioniste du système de justice pénale et un schema d'approche des situations problematiques", en *Dangerosité et justice pénale: ambiguïté d'une pratique*. Ginebra: Masson et Médecine et Hygiène, 1981.
- Informacions*. Barcelona: Centro Unesco de Cataluña, enero-febrero 1990, núm. 37.
- MARZO, Angel y MORENO, Francisco Javier. *Alfabetización en el medio penitenciario*. Madrid: Popular, 1990.
- MIGUEL TOBAL, Francisco y MIGUEL TOBAL, Juan José. "El SIDA en las prisiones: un grave problema social", en *Jano*. Madrid. 1988, núm. 812.
- REDONDO, Santiago y otros. "Diseño ambiental de una prisión de jóvenes: cinco años de evaluación". Ponencia presentada en el *VIIth International Workshop on juvenile Criminology*. Noordwijkerhout, 1990.

GRAFICO I

SITUACION DE LA POBLACION RECLUSA A 1.º DE FEBRERO DE 1988*

Claves de identificación para la tabla:

A: Total de población reclusa.**B:** Proporción de detenidos por cada 100.000 habitantes.**C:** Porcentaje de presos preventivos**D:** Proporción de presos preventivos por cada 100.000 habitantes.**E:** Porcentaje de mujeres presas.**F:** Porcentaje de jóvenes presos.**G:** Porcentaje de extranjeros presos.

	A	B	C	D	E	F	G
Austria	7.297	96.0	22.7	21.8	3.5	18a: 1.3	8.8
Bélgica	6.951	70.5	53.5	37.8	5.1	18a: 0.7	30.2
Chipre	235	42.0	8.1	3.4	6.0	21a: 15.7	43.0
Dinamarca	3.515	69.0	26.9	18.6			
Francia	52.494	92.0	41.3	38.0	4.2	21a: 13.0	26.3
Rep.Federal							
Alemana	53.039	86.7	22.6	19.6	3.9		14.5
Grecia	4.178	42.9	24.7	10.6	4.0	21a: 5.3	19.1
Irlanda	1.973	56.0	7.6	4.2	2.3	21a: 27.5	1.5
Islandia	102	41.3	13.7	5.7	2.0	22a: 9.8	2.9
Italia	35.589	62.0	54.6	33.8	5.0	18a: 1.6	9.2
Luxemburgo	82	103.4	37.7	39.0	5.8	21a: 8.1	39.3
Malta	68	19.7	80.9	15.9	1.5	18a: 2.9	38.2
Holanda	5.291	36.0	38.5	13.9	4.0	23a: 17.0	20.1
Noruega	1.951	47.0	22.3	10.5	4.2	21a: 5.8	10.8
Portugal	8.222	84.0	39.0	32.7	5.9	21a: 10.9	9.1
España	27.793	69.2	42.9	29.7	6.2	21a: 8.6	12.2
Suecia	5.150	61.0	20.4	12.4	4.2	21a: 4.0	21.9
Suiza	4.968	77.6	27.0	21.0	5.0	18a: 2.2	40.1
Turquía	50.160	90.2	36.7	33.1	2.7	18a: 1.1	0.6
Reino Unido	55.729	98.2	22.2	21.8	3.5	21a: 24.4	1.3
Inglaterra*							
Gales*	48.348	96.6	23.2	22.4	3.6	21a: 24.3	1.4
Escocia*	5.427	106.2	15.8	16.8	3.0	21a: 24.7	0.2
Irlanda del Norte*	1.954	125.2	14.2	17.8	1.6	21a: 25.7	1.3

La población Española calculada a 1.º de julio de 1990 según datos del INE (ESPAÑA Anuario Estadístico 1989) era de 39.321.604 habitantes. Las referencias españolas para esta población serían las siguientes:

	A	B	C	D	E	F	G
España	33.037	84.01	37.81	31.77	7.93		

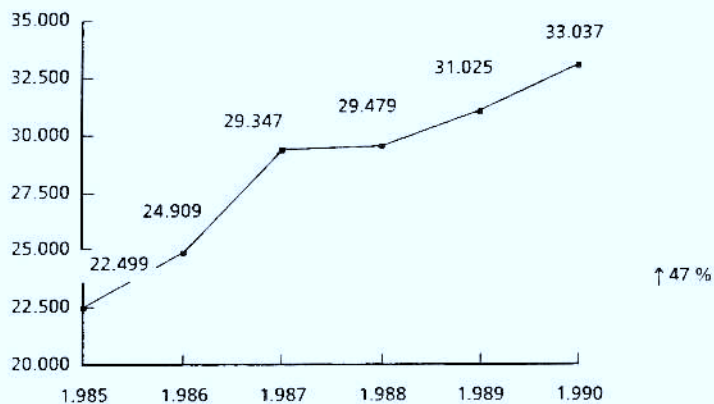
* Fuente: Bulletin d'information Pénitentiaire: Consejo de Europa núm. 11. Junio 1988. Pág. 22.

GRAFICO II
ANALISIS DEL TIPO DE DELITO*

TIPO DE DELITO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
Contra la seguridad interior del Estado	74	1,57	73	1,69	1	0,26
Falsedades	44	0,94	42	0,97	2	0,52
Delitos contra la Administración de Justicia	4	0,09	4	0,09	0	0,00
Contra a salud pública	821	17,47	677	15,68	144	37,60
De los funcionarios públicos	2	0,03	2	0,05	0	0,00
Contra las personas	337	7,17	300	6,95	37	9,66
Contra la honestidad	185	3,94	180	4,17	5	1,30
Contra la libertad y la seguridad	25	0,53	24	0,56	1	0,26
Delitos contra la propiedad	3.031	64,49	2.852	66,06	179	46,74
Contra las leyes especiales	4	0,09	3	0,07	1	0,26
Imprudencia punible	1	0,02	1	0,02	0	0,00
Otros	172	3,66	159	3,68	13	3,39
Total	4.700	100,00	4.317	100,00	383	100,00

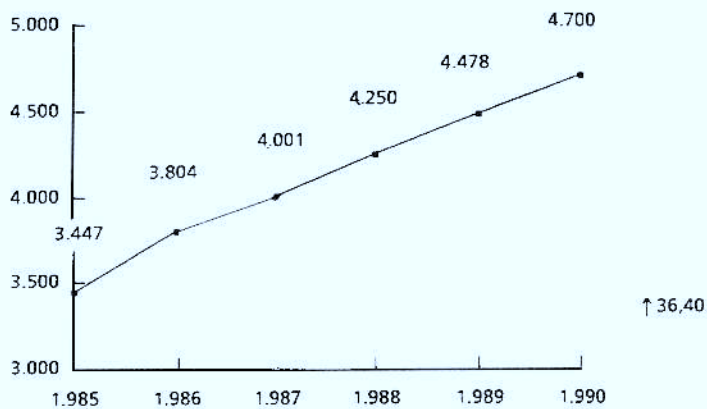
* Fuente: Estadísticas mensuales. Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación. Departamento de Justicia. Generalidad de Cataluña. 31 de diciembre de 1990.

GRAFICO III
MOVIMIENTO POBLACION PENITENCIARIA DE ESPAÑA*
1985-1990



* Fuente: Estadísticas semanales. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Justicia.

GRAFICO IV
MOVIMIENTO POBLACION PENITENCIARIA DE CATALUÑA*
1985-1990



* Fuente: Estadísticas mensuales. Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación. Departamento de Justicia. Generalidad de Cataluña.