

Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud

García-Guerrero J¹, Marco A².

Centro Penitenciario de Castellón I¹ y de Hombres de Barcelona².

RESUMEN

La sobreocupación o el hacinamiento de los centros penitenciarios es un problema frecuente que afecta a muchos países. Es difícil definir estos términos ya que no hay un estándar único internacionalmente aceptado. Sin embargo, son situaciones que deben ser combatidas ya que pueden producir alteraciones en el comportamiento de las personas con aumento de las conductas violentas auto y heteroagresivas. Además, tienen otros impactos en la salud y el bienestar de quienes lo padecen y repercuten también negativamente en la salud pública y en el sistema penitenciario en cuanto pueden aumentar la prevalencia de enfermedades, sobre todo infectocontagiosas y psiquiátricas, pueden dificultar las labores de rehabilitación social y pueden llegar a constituir un trato inhumano, cruel o degradante. En este trabajo se revisa la escasa bibliografía existente sobre la sobreocupación o hacinamiento en el ámbito penitenciario. Aumentar la sensibilización de la Comunidad Internacional y de las Administraciones Penitenciarias y, sobre todo, asignar recursos económicos específicos son elementos básicos para evitar este déficit sociosanitario.

Palabras Clave: prisiones; legislación; salud pública; enfermedades transmisibles; trastornos mentales; violencia; suicidio; España.

OVERCROWDING IN PRISONS AND ITS IMPACT ON HEALTH

ABSTRACT

Overcrowding in prisons is a common problem that affects many countries. It is difficult to define this term because there is no single internationally accepted standard. However, this is a situation that must be counteracted, because people's behaviour can be affected to the extent that it leads to self-harm or violent behaviour to others. But prison overcrowding also has other effects on the health and well being of the people living in these conditions and may also adversely affect public health and the prison system. It can increase the prevalence of diseases, particularly infectious and psychiatric disorders. It may also hinder the work of social rehabilitation and lead to inhuman, cruel or degrading treatment. This paper reviews the scant literature about overcrowding in prisons. Increasing awareness about the issue in the international community and prison administrations and above all, assigning specific economic resources, are key elements in preventing this deficit in social welfare and health care.

Keywords: prisons; legislation; public health; communicable diseases; mental disorders; violence; suicide; Spain.

Fecha recepción: 01-09-2011

Fecha aceptación: 12-05-2012

1. INTRODUCCIÓN

Es habitual que cuando pensamos en la miseria y en la pobreza imaginemos algunas áreas de Asia, África o Latinoamérica que constituyen eso que conocemos como "Tercer Mundo" y que, efectivamente, forman un núcleo de países pobres y necesitados.

Sin embargo, olvidamos a menudo lo que se ha denominado "Cuarto Mundo": bolsas de marginación y pobreza procedentes en gran número de movimientos migratorios, situados en todos los continentes, y especialmente en la periferia de las grandes ciudades. Es, precisamente, en estas poblaciones de los países desarrollados donde se combinan las malas condicio-

nes de vida y el bajo nivel cultural y en donde predominan todavía tanto las enfermedades propias de los países subdesarrollados (enfermedades transmisibles), como las de origen sociocultural (alcoholismo y drogodependencias, enfermedades laborales, mortalidad perinatal, etc.). Y son también estas grandes bolsas de marginación y pobreza el origen de la gran mayoría de los internados en las prisiones españolas.

Cuando hablamos de problemas de salud en los presos nos referimos habitualmente a los procesos patológicos que afectan al colectivo internado y a menudo nos olvidamos de las condiciones del medio; que necesariamente influyen en la salud. De hecho, no es infrecuente cometer el error de entender la intervención sanitaria sólo como un conjunto de acciones técnicas dirigidas a mejorar la salud de la población. Se suele olvidar en estos casos que el nivel de salud de la población es la expresión del nivel de vida y que este nivel de vida se debe medir a través de indicadores no sólo sanitarios, sino también de carácter económico y social. Si se persiste en el error, no es infrecuente tampoco que las mejoras sanitarias se evalúen única y exclusivamente a través de incrementos de personal o de recursos técnicos especializados, ignorando los esfuerzos y la intervención dirigida a mejorar el nivel de vida de la población (alojamientos, alimentación, comedores, instalaciones deportivas, etc.) indispensables para adquirir un adecuado nivel de salud¹. Las prestaciones sanitarias efectuadas a nivel penitenciario deben incluir la actividad asistencial, como forma de prevención secundaria y terciaria, pero también de forma preeminente la promoción de la salud. Ésta, entendida como la acción encaminada a prolongar la vida, mejorar su calidad y ampliar la esperanza de vida activa, debe recoger actividades y programas que reduzcan las malas condiciones de vida y amplíen los índices de bienestar. Una de estas intervenciones debe ser combatir el hacinamiento o la sobreocupación carcelaria, ya que es una condición que magnifica las malas condiciones de vida y reduce los índices de bienestar. El **objetivo** de este trabajo es analizar las consecuencias sociosanitarias de la sobreocupación o el hacinamiento en el ámbito penitenciario y valorar posibles medidas para evitar o paliar esta problemática.

2. ¿QUÉ ES SOBREOCUPACIÓN O HACINAMIENTO?

En el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE) aparece el vocablo “hacinamiento”, común y antiguo, que es la acción de hacinarse y cuyo significado exacto es “amontonar, acumular o

juntar sin orden” y que alude a una situación en la que el continente a duras penas es capaz de albergar al contenido. Otro vocablo de uso más reciente recogido en el diccionario de la RAE es el de “superpoblación”, referido al “exceso de individuos en un espacio determinado”². Por lo tanto, y en base a los criterios de la RAE, para describir que hay “un número desproporcionadamente mayor de presos al previsto cuando se construyó la prisión” podemos utilizar indistintamente el término hacinamiento o el de superpoblación. No obstante, la forma adverbial “desproporcionadamente mayor” puede resultar ambigua ya que no hay una definición comúnmente aceptada sobre cómo se mide el hacinamiento, ni tampoco un valor a partir del cual pueda decirse que una prisión está hacinada, aunque algunos sistemas penitenciarios establecen una cifra estimativa de la capacidad máxima de ocupación de sus prisiones. Ciertamente es que esas cifras estimativas están basadas en definiciones locales de lo que se considera un espacio aceptable y no existe, a este respecto, una norma universal e internacionalmente aceptada.

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) recomienda usar un espacio de 4 metros cuadrados por persona como medida útil de referencia para mejorar niveles de hacinamiento totalmente inaceptables. Sin embargo, describe una celda individual de 4,5 m² como “muy pequeña” e inadecuada para períodos de detención que excedan de uno o dos días; una celda de 6 m² como “bastante pequeña”; y una de 10 metros cuadrados, como “de buen tamaño para ser ocupada por un solo individuo”, pero “bastante pequeña” para dos. Considera que celdas de 8 y 9 m² para un único ocupante brindan condiciones de detención “completamente satisfactorias” y “razonables”³.

3. SITUACIÓN EN ESPAÑA

El Defensor del Pueblo es una institución que tiene como principal función conocer, estudiar y dictaminar sobre las quejas de los ciudadanos respecto al funcionamiento de las Administraciones Públicas. También puede actuar de oficio cuando tiene conocimiento de disfunciones o anomalías en estas Administraciones. Esta institución está adscrita al Congreso de los Diputados, ante quien presenta sus informes, aunque su funcionamiento es independiente. Los informes de la Oficina del Defensor del Pueblo no son jurídicamente vinculantes, pero tienen una indudable fuerza moral. Por ello, cualquier Administración Pública afectada por estos informes suele dirigir inmediatamente esfuerzos a solucionar las anomalías denuncia-

das, ya que la inacción o pasividad se asocia a un daño en la imagen de la Administración que, además puede ser con posterioridad, política o jurídicamente, impedida a actuar.

El Defensor del Pueblo español emitió un informe muy negativo sobre la situación de las cárceles españolas en noviembre de 1987⁴. Uno de sus capítulos se centraba en la situación sanitaria de las prisiones y denunciaba múltiples carencias. A raíz de aquel informe, el Gobierno español puso en marcha un plan de dotación de medios humanos y materiales que tenía como objetivo garantizar la prestación de una asistencia sanitaria digna en las cárceles, en una época en que la prevalencia de presos con infección por el VIH alcanzaba en algunos trabajos al 30-40% de la población^{5,6} y además la tercera parte de los presos jóvenes que ingresaban en prisión ya estaban infectados por el VIH⁷. Tras ese Informe del Defensor del Pueblo, se publicó el Plan de amortización y creación de nuevos centros penitenciarios, aprobado por Consejo de Ministros en 1991 y posteriormente modificado en 2005⁸. En este Plan se establecía una nueva concepción de centro penitenciario que rompía con los criterios clásicos. Se optaba por centros en los que había, además de módulos residenciales, otros módulos para servicios complementarios (enfermería, área sociocultural, deportiva, cocina, etc.), así como talleres ocupacionales, que pretendían transformar la prisión en una estructura casi autosuficiente. La superficie de cada celda en este modelo era de 10 m², dos más de los asignados en el Reglamento Penitenciario de 1981, vigente en ese momento, que asignaba 8 m² a cada celda residencial, aunque habitualmente y debido a la presión ocupacional las celdas eran ocupadas por dos e incluso por tres reclusos.

Actualmente hay dos Administraciones con competencias en materia penitenciaria en España: a) la de-

pendiente del Ministerio del Interior del Gobierno del Estado, que gestiona el 85% del sistema penitenciario español; y b) la dependiente del Gobierno Autónomo de Cataluña, que gestiona el 15% restante.

Con fecha 15 de julio de 2011 había en el territorio gestionado por la Administración del Estado 68 centros de cumplimiento en régimen ordinario con 35.805 celdas residenciales y 6.976 complementarias (enfermerías, departamentos de aislados, ingresos, etc.); es decir, 42.781 plazas penitenciarias. Además, había otros 30 Centros de Inserción Social (CIS), para reclusos que cumplen condena en régimen abierto, con 3.047 celdas residenciales y otras 49 complementarias⁹. La población era de 62.810 internos, de los que 7.216 estaban en el régimen denominado “abierto”, que solo acuden a la prisión a pernoctar¹⁰. En Cataluña, a 31 de mayo de 2011, había 11 centros penitenciarios de cumplimiento y tres de régimen abierto, con 8.198 plazas totales y 10.857 internos, de los que 1.953 estaban en régimen “abierto”¹¹. La ocupación penitenciaria en los centros penitenciarios de cumplimiento y en los CIS se muestra en la tabla 1. La ocupación penitenciaria total era del 132,43% en Cataluña y del 136,91% en el resto del Estado, incumpliendo el art. 19.1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria española que establece que, salvo supuestos puntuales, los internos deben estar solos en una celda para salvaguardar en lo posible su derecho a la intimidad.

La ocupación penitenciaria de ambas Administraciones está muy condicionada por la alta tasa de encarcelados que hay en España. En Cataluña la tasa de encarcelados es de 140 por 100.000 habitantes y en el resto del Estado de 167 por 100.000 habitantes. En comparación con otros países europeos de nuestro entorno, la tasa en el territorio gestionado por el Gobierno del Estado Español es la más alta y la de Cataluña la tercera más elevada, sólo superada por

Tabla 1. Tasa de ocupación en los centros penitenciarios de Cataluña y del resto del Estado.

	CP Cumplimiento			CP IS o Abiertos			Total		
	Plazas	Internos	TO (%)	Plazas	Internos	TO (%)	Plazas	Internos	TO (%)
A.G.E.	42.781	55.594	129,95	3.096	7.216	233,07	45.877	62.810	136,91
Cataluña	7.673	8.904	116,04	525	1.953	372,01	8.198	10.857	132,43

CP: Centro Penitenciario; CP IS: Centro Penitenciario de Inserción Social. TO: Tasa de Ocupación. A.G.E.: Administración General del Estado.

Inglaterra y Gales, con una tasa de 152 encarcelados por 100.000 habitantes. Países como Portugal, Italia, Francia, Alemania, Suecia, Dinamarca y, sobre todo, Holanda presentan tasas muy inferiores¹².

Esta sobreocupación está siendo abordada por las administraciones penitenciarias españolas fundamentalmente de tres maneras: a) potenciando la modalidad de cumplimiento en régimen abierto, en cuyos centros hay tasas de ocupación que superan el 300% en Cataluña y el 200% en el resto del Estado (tabla 1); b) construyendo más prisiones: en los últimos años se han inaugurado cinco con más de 5.000 nuevas celdas residenciales y 1.200 complementarias, está cercano a inaugurarse otro centro penitenciario (CP) con 150 celdas más y hay además varios más en avanzado estado de construcción; y c) asignando un mayor espacio a las celdas residenciales. Pueden servir como ejemplo los nuevos CP de Murcia II y Las Palmas II, inaugurados en marzo y julio de 2011 respectivamente y en los que por primera vez hay asignados 13 m² de superficie a cada celda. Aún en el caso de que estas celdas deban ser compartidas por dos internos, esta ganancia de espacio previsiblemente influya de forma positiva en la convivencia y en otros aspectos como la intimidad, la ansiedad, la agresividad, el comportamiento, etc.

4. COMPARTIR CELDA, ¿TIENE CONSECUENCIAS?

Probablemente el hecho de que dos personas convivan durante meses en un espacio de 10 m² puede tener efectos secundarios, pero hay pocos trabajos que hayan estudiado la influencia real de esta situación en cuestiones como el comportamiento, el mantenimiento de niveles óptimos de intimidad, la agresividad, el estrés u otros. El Defensor del Pueblo español, de oficio, emitió en 2002 una recomendación¹³ a la entonces Dirección General de II PP del Gobierno de España, instándola a estudiar los efectos de compartir celda ya que, a criterio de esa institución, este hecho dificultaba *“que el derecho a la intimidad de los reclusos durante su estancia en la celda encuentre una adecuada vía de expresión”* siendo *“un factor ansiógeno”* ya que *“compartir lo escaso [el espacio] genera agresividad y en consecuencia la conflictividad será mayor cuanto mayor sea el tiempo en que hay que compartir celda”*. A partir de esta recomendación, la Dirección General de II.PP elaboró un estudio sobre los *“Efectos aparejados por el hecho de compartir celda”*¹⁴, del que se exponen a continuación los principales resultados.

El estudio partía de la hipótesis de que *“compartir celda generaba ansiedad en los internos, efecto*

más negativo que positivo, y se elevaban los niveles de conflictividad, siendo mayores cuanto mayor era el tiempo en que se compartía celda”, e intentaba dar respuesta a tres cuestiones:

- ¿Es un factor ansiógeno compartir celda?
- ¿La soledad en prisión, genera ansiedad?
- ¿Compartir celda es un obstáculo para disfrutar del derecho a la intimidad?

La población estudiada fueron 379 internos seleccionados aleatoriamente de las prisiones de Madrid, que cumplimentaron voluntariamente un cuestionario diseñado *“ad hoc”*. El estudio tenía dos vertientes: una sociológica, centrada en percibir la opinión de los presos sobre el hecho de compartir celda, así como sus efectos concomitantes, y otra psicológica, que pretendía estudiar los efectos de compartir celda mediante la evaluación del estado de ansiedad. En el año 2005, cuando se realizó el estudio, el 84,9% de los internos investigados compartía celda, el 75% la compartía de forma obligada y el tiempo medio en que la compartía era de 1,6 años.

El 85% de los internos consideró *“que había demasiados presos para el espacio de la prisión”*, pero que el hecho de compartir celda tenía aspectos positivos:

- el 67,1% opinaba que un buen compañero de celda podía hacer la estancia en prisión más llevadera y cómoda.
- el 40% estimaba que al compartir celda se evitaba la soledad y la aparición de pensamientos negativos.
- el 33,3% entendía que compartir celda podía ayudar a no estar agresivo y a evitar la ansiedad.

Pero también reflejaban aspectos negativos:

- para el 50% compartir celda creaba dificultades de concentración
- para el 33,3% generaba inseguridad, no evitaba la agresividad y reflejaba una incomodidad grave.
- para el 25% aumentaba el peligro o la amenaza, influía en la aparición de pensamientos negativos y no evitaba la ansiedad
- para el 73% afectaba negativamente a la intimidad (mayor sensación de ansiedad —52%—; mayor conflictividad —50,7%— más agresividad —44%—), pero tenía efectos positivos (evita la desesperanza y las ideas suicidas, no disminuye la intimidad —40%— y reduce la frustración —33%—).

Estar sólo podía ser ansiógeno (45%), desagradable (55%), favorecer la depresión (49,8%) y aumentar la agresividad (32,9%). El 60% de los internos prefería estar sólo y los internos que habían compartido celda más tiempo (> 1,6 años) eran los que más querían estar solos. Además el estudio relacionó la conflictividad con el tiempo de convivencia: mayor conflictividad cuanto menor era el tiempo de convivencia. Así, la conflictividad era más frecuente cuando el tiempo de convivencia era menor de 1,67 años. Las situaciones más conflictivas eran las derivadas del orden y de la limpieza de la celda.

Finalmente, el estudio aportaba las siguientes conclusiones:

1. Para los internos, la intimidad se ve perjudicada por el hecho de compartir celda. El 50% opina que la falta de intimidad produce mayor sensación de ansiedad, lo que implica más agresividad general y conflictividad con el compañero de celda. La falta de intimidad, por consiguiente, es algo más que una incomodidad y puede tener influencia en la vida normal de la prisión.
2. El 40% entiende, sin embargo, que la soledad produce ansiedad y depresión, y el 33% cree que hace aumentar la agresividad.

Son por lo tanto dos grupos con opiniones antagónicas sobre la conveniencia de compartir o no celda. En todo caso, debe resaltarse que es más numeroso el grupo que prefiere estar solo, sobre todo cuando compartir celda no es una opción voluntaria, sino obligada.

5. EFECTOS DE LA SOBREOCUPACIÓN

A nivel general, la sobreocupación puede suponer: a) un incumplimiento de las normas internacionales sobre separación entre reclusos (hombres-mujeres; preventivos-penados, etc.); b) un peligro para la salud psíquica y física de los presos; c) un riesgo para la salud pública; d) un ambiente de peligrosidad para los internos y para los profesionales penitenciarios; y e) un atentado contra los derechos humanos, en cuanto puede suponer un trato cruel o degradante.

En este trabajo, nos centraremos en los puntos estrictamente sanitarios; es decir, en aquellos efectos que la sobreocupación penitenciaria puede ocasionar en la salud individual de las personas, así como en la Salud Pública.

5.1. Efectos de la sobreocupación sobre la salud física de las personas:

La sobreocupación o hacinamiento carcelarios pueden causar efectos en la salud física. El aumento de contacto, el déficit de ventilación y de luz, así como el menor tiempo de estancia al aire libre favorece la propagación de enfermedades, fundamentalmente infecciosas y parasitarias. Se ha observado, por ejemplo, que la prevalencia de síntomas respiratorios de más de tres semanas, así como los síntomas de tuberculosis pulmonar son 39 y 35 veces más frecuentes, respectivamente, en cárceles sobreocupadas de Brasil que en la población general¹⁵. También Hussein y cols¹⁶ encontraron casi tres veces más riesgo de desarrollar infección tuberculosa latente en presos que estaban alojados en barracones de menos de 60 m² de superficie. La asociación de la tuberculosis y el hacinamiento se ha observado también en otros trabajos^{17,18}, igual que se ha observado la misma relación con otras enfermedades infecciosas como la meningitis bacteriana¹⁹, la infección por *estafilococo áureo* resistente a meticilina (MARSA)²⁰ o la neumonía neumocócica²¹. En general se puede afirmar que todas las infecciones de transmisión aérea aumentan su prevalencia en ambientes superpoblados o faltos de ventilación.

También en las prisiones sobreocupadas hay más riesgo de contraer parasitosis. Poudat et al han documentado una menor prevalencia de escabiosis y de otras parasitosis en las unidades penitenciarias en que los presos vivían solos²². Y las dermatosis, infecciosas y no infecciosas, también son más frecuentes en barracones superpoblados²³. Y aunque este aspecto resulta más controvertido, se ha sugerido incluso que la superpoblación podría ser un factor predictor de enfermedades de transmisión sexual como la sífilis, el VIH o la hepatitis B, en tanto en cuanto favorece comportamientos de riesgo entre los presos^{17,24-26}.

Otro efecto secundario de la sobreocupación es el del tabaquismo pasivo. En un artículo reciente sobre factores de riesgo cardiovascular en presos, se observó que la prevalencia de tabaquismo en los presos de Castellón es del 78,8%²⁷. Aunque la ley española ha obligado a arbitrar espacios para fumadores dentro de las prisiones, la falta de espacio disponible dificulta el cumplimiento actual de esta norma legislativa.

5.2. Efectos de la sobreocupación sobre el comportamiento y la salud psíquica de las personas.

La sobreocupación puede causar trastornos en el comportamiento y en la salud psíquica de las perso-

nas^{28-31,35-37}. Gaes y McGuire observaron en 14 prisiones federales de Estados Unidos que el más fuerte predictor de conductas violentas en prisión era el elevado índice de hacinamiento²⁸. Ello es debido probablemente a la ansiedad generada por un ambiente superpoblado, que ocasiona conductas hetero y autoagresivas, como ha sido citado en otros trabajos²⁹⁻³¹. Anselmi asoció un mayor número de conductas autoagresivas (autolesiones mediante heridas incisas, ingestión de cuerpos extraños, etc.) con el hacinamiento en prisión³⁰. Un reciente estudio ha documentado un mayor índice de agresiones al personal asistencial en salas de psiquiatría sobreocupadas³² y parece lógico pensar que ese riesgo también pudiera existir en instituciones penitenciarias hacinadas. Es interesante resaltar, a este respecto, que el hacinamiento en el medio hospitalario está directamente relacionado con una mayor cantidad de trastornos psiquiátricos -sobre todo depresiones- en el personal cuidador, ya que trabajar seis meses o más en salas con más del 10% de exceso de ocupación se ha asociado a mayor frecuencia de tratamientos antidepresivos en los cuidadores³³. Asimismo, se ha observado que los cuidadores que trabajan en estas salas tienen doble riesgo de faltar al trabajo por depresión que los que trabajan en salas con ocupación normal³⁴.

También el suicidio se ha relacionado con la sobreocupación penitenciaria, comprobándose que el hacinamiento implica mayor tasa de suicidios^{35,36} y que en las prisiones más superpobladas el número de suicidios es hasta diez veces más alto³⁷.

5.3. Efectos de la superpoblación carcelaria en la salud pública general.

Aunque la cárcel es el prototipo clásico de institución cerrada, en algunos países como España las prisiones no están aisladas del exterior. Además de los profesionales penitenciarios, son muchas las personas (ministros de culto, abogados, personal de organizaciones no gubernamentales, voluntarios, etc.) que acceden diariamente al interior de la prisión y pueden tener contacto directo con algunos presos. Los internos también entran y salen a menudo de la cárcel, ya sea por permisos, por diligencias judiciales, por excarcelación definitiva o por otras causas. Por consiguiente el contacto intra-extrapenitenciario es frecuente y puede repercutir en la salud de la Comunidad. Si el hacinamiento es un factor favorecedor de transmisión de algunas infecciones, esta transmisión también puede trasladarse al exterior³⁸, sobre todo en casos no diagnosticados o que abandonan el tratamiento que tenían prescrito al ser excarcelados lo que puede contribuir a

eleva las tasas de incidencia de algunas de estas enfermedades. Para evitar estas situaciones o disminuir sus consecuencias es muy recomendable la coordinación entre recursos sanitarios penitenciarios y extrapenitenciarios; coordinación que probablemente sería más segura y efectiva si los equipos de Salud, dentro y fuera de prisión, pertenecieran a la misma red sanitaria, hecho que lamentablemente no sucede actualmente en España.

6. COROLARIO

Como hemos podido observar, el hacinamiento o la sobreocupación en el medio penitenciario es un problema frecuente, pero sanitariamente poco estudiado y del que existen limitadas referencias internacionales. Probablemente, ello se deba por un lado a que a menudo se entiende la sobreocupación como un problema de ámbito político o jurídico-legal o como un defecto de previsión y planificación en la gestión penitenciaria y en menor modo como un grave problema de índole sanitaria. Por otra parte, también pueda deberse a que la sobreocupación o el hacinamiento suceden en un medio como el penitenciario donde la prestación sanitaria ha sido, e incluso es todavía, deficiente o muy deficiente en muchos países y donde la investigación o el análisis crítico ha sido, por lo tanto, extraordinariamente infrecuente. Sin obviar que la sobreocupación o el hacinamiento es un problema político y jurídico, también lo es de índole socio-sanitario, como hemos pretendido recordar en esta revisión. Quede constancia que la sobreocupación de los establecimientos penitenciarios aumenta la prevalencia de algunas enfermedades, especialmente infecciosas y psiquiátricas, puede ocasionar violencia, generar riesgo para los internos y para los profesionales penitenciarios y dificultar u obstaculizar el proceso de reinserción social. Además, es un atentado contra los derechos de las personas y representa un trato inhumano o degradante. Aumentar la sensibilización de la Comunidad Internacional y de las Administraciones Penitenciarias y, sobre todo, asignar recursos económicos específicos son elementos básicos para evitar este déficit sociosanitario.

CORRESPONDENCIA:

Julio García-Guerrero
C.P. Castellón I. Ctra. de Alcora Km. 10.
12006 Castellón de la Plana.
e-mail: garciaj@comcas.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marco A. Salud i Presons. Presons: més enllà dels temes. Publicacions de l'Abadia de Montserrat. 1993; 168: 25-32.
2. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 22ª ed. Madrid: Espasa; 2001.
3. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. Visita a Islandia en 1998 [Internet]. Strasbourg: Council of Europa; 1999 [citado 28 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.cpt.coe.int/documents/isl/1999-01-inf-eng.pdf>
4. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. Situación penitenciaria en España [Internet] Madrid: Defensor del Pueblo: 1988 [citado 25 agosto 2011]. Disponible en <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/Estudiopenitenciaria.pdf>
5. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Situación socio-sanitaria de la población en los centros penitenciarios. Madrid: Ministerio de Justicia; 1989.
6. Martín-Sánchez M. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en Instituciones Penitenciarias. Revista de Estudios Penitenciarios. Monográfico de Sanidad Penitenciaria. Madrid-Extra-1-1990: 51-67.
7. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Pumarola T, Vidal J, Jiménez de Anta MT, et al. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalonian penitentiary. AIDS 1990; 4: 1023-26.
8. Acuerdos del Consejo de Ministros correspondiente al viernes 2 de diciembre de 2005 [Internet]. Madrid: Gobierno de España. La Moncloa; 2005 [actualizada Ag 2012; citado 20 agosto 2011]. Disponible en: http://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/_2005/referencia+consejo+021205.htm
9. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Secretaria General de instituciones Penitenciarias; 2012 [actualizado sept 2011; citado 12 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios>.
10. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Unidad de Apoyo. Estadística General de la Población Penitenciaria [Internet]. Madrid: Secretaria General de instituciones Penitenciarias; 2011 [citado 29 junio 2011]. Disponible en: <http://intranet/Documentos/Gabinete/Estadística/M-2011-05.pdf>
11. Descriptors estadístics de serveis penitenciaris i Rehabilitació [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012 [actualizado Ag 2012; citado 29 agosto 2012]. Disponible en: http://www.gen-cat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html
12. Serveis Penitenciaris, Mesures Penals Alternatives i Justícia Juvenil. Estadística Bàsica d'Execució Penal nº 13. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
13. El Defensor del Pueblo. Recomendación 139/2002 de 26 de diciembre [Internet]. En: El Defensor del Pueblo. Recomendaciones y sugerencias 2002. Madrid: El Defensor del Pueblo; 2005. p. 539-42. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/Recomendaciones/Documentos/Recomendaciones2002.pdf>.
14. Benito F, Gil M, Vicente MA. Efectos aparejados por el hecho de compartir celda. Revista de Estudios Penitenciarios. 2007; 253: 9-29.
15. Vieira AA, Ribeiro SA, de Siqueira AM, Galesi VM, dos Santos LA, Golub JE. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13: 641-50
16. Hussain H, Akthar S, Nanan D. Prevalence of and risk factors associated with Mycobacterium Tuberculosis infection in prisoners. Nor West Frontier Province. Pakistan. Int J Epidemiol. 2003; 32: 794-9.
17. Todrys KW, Amon JJ, Malembeka G, Clayton M. Imprisoned and imperiled: access to HIV and TB prevention and treatment, and denial of human rights, in Zambian prisons. J Int AIDS Soc. 2011; 14:8.
18. Shah SA, Mujeeb SA, Mirza A, Nabi KG, Siddiqui Q. Prevalence of pulmonary tuberculosis in Karachi juvenile jail, Pakistan. East Mediterr Health J. 2003; 9 : 667-74.
19. Almeida-Gonzalez L, Franco-Paredes C, Pérez LF. Meningococcal disease caused by Neisseria meningitidis: epidemiological, clinical, and preventive perspectives. Salud Publica Mex. 2004; 46: 48-50.
20. Baillargeon J, Kelley MF, Leach CT, Baillargeon G, Pollock BH. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in the Texas prison system. Clin Infect Dis. 2004; 38: e92-5.
21. Hoge CW, Reichler MR, Domínguez EA, Bremer JC, Mastro TD, Hendricks KA, et al. An epide-

- mic of pneumococcal disease in an overcrowded, inadequately ventilated jail. *N Engl J Med*. 1994; 331: 634-8.
22. Poudat A, Nasirian H. Prevalence of pediculosis and scabies in the prisoners of Bandar Abbas, Hormozgan province, Iran. *Pak J Biol Sci*. 2007; 10: 3967-9.
 23. Kuruvila M, Shaikh M, Kumar P. Pattern of dermatoses among inmates of district prison-Mangalore. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002; 68: 16-8.
 24. Todrys K. Health consequences of pre-trial detention in Zambian prisons. *HIV AIDS Policy Law Rev*. 2010; 15: 53-5.
 25. Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG. HIV prevention in prisons and jails: obstacles and opportunities. *Public Health Rep*. 1994; 109: 615-25.
 26. Miranda AE, Vargas PM, St Louis ME, Viana MC. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis*. 2000; 27: 491-5.
 27. Mínguez C, Vera-Remartínez E, García-Guerrero J, Rincón S, Martínez-Ródenas C, Herrero A. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes infectados por el VIH en un centro penitenciario. *Rev Clin Esp*. 2011; 211: 9-16.
 28. Gaes G, McGuire N. Prison violence: The contribution of crowding versus other determinants of prison assault rates. *Journal of research in crime and delinquency*. 1985; 22: 41-65.
 29. McCay V. The horror of being deaf and in prison. *Am Ann Deaf*. 2010; 155: 311-21.
 30. Anselmi N, Mirigliani A. Personality disorders self-inflicted woundings in detention. *Riv Psichiatr*. 2010; 45: 58-60.
 31. Kupers TA. Trauma and its sequelae in male prisoners: effects of confinement, overcrowding, and diminished services. *Am J Orthopsychiatry*. 1996; 66: 189-96.
 32. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, et al. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 149-55.
 33. Virtanen M, Pentti J, Vahtera J, Ferrie JE, Stansfeld SA, Helenius H, et al. Overcrowding in hospital wards a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 1482-6.
 34. Virtanen M, Batty G, Pentti J, Vahtera J, Oksanen J, Tuisku T, et al. Patient overcrowding in hospital wards as a predictor of diagnosis-specific mental disorders among staff. A 2-year prospective cohort study. *J Clin Psychiatr*. 2010; 71: 1308-12.
 35. Leese M, Thomas S. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *Int J Law Psychiatry*. 2006; 29: 355-60.
 36. Fruehwald S, Frottier P, Ritter K, Eher R, Gutierrez K. Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody experiences in Austria, 1967-1996. *Int J Law Psychiatry*. 2002; 25: 119-28.
 37. Preti A, Cascio MT. Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Med Sci Law*. 2006; 46: 127-34.
 38. Tappero JW, Reppert R, Wenger JD, Ward BA, Reeves MW, Missbach TS, et al. Meningococcal disease in Los Angeles County, California, and among men in the county jails. *N Engl J Med*. 1996; 335: 833-40.