

INFECCIÓN POR VIH Y SIDA EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS: ¿UN RETO INSUPERABLE PARA LA SALUD PÚBLICA?

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que en 1994 los países europeos con las mayores incidencias de SIDA han sido España, seguido a distancia de Francia, Italia, Suiza y Portugal¹. En consecuencia, España tiene el dudoso honor de tener la máxima incidencia europea de SIDA, y si se analizan los casos de SIDA en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), las diferencias aún son más importantes, ya que España destaca claramente con una incidencia de 133,7/millón de habitantes, seguido de Italia (58,7), Suiza (32,4), Portugal (31,5) y Francia (25,2), mientras que los demás países europeos presentan incidencias anuales inferiores a 6/millón de habitantes¹.

En los últimos años la población reclusa española ha aumentado espectacularmente ya que entre el segundo semestre de 1985 y el segundo de 1994, se ha pasado de 22.802 presos a 47.905 (aumento del 110,1%) con amplias variaciones según comunidades autónomas². En este aumento influyen considerablemente los ADVP porque, debido al elevadísimo precio de la heroína en las calles (el 68,9% de los ADVP con SIDA del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona admitieron que cuando estaban en libertad gastaban diariamente en heroína más de 14.000 ptas.³), muchos de ellos se ven obligados a cometer actos delictivos e ingresan, a veces reiteradamente, en prisión. Todo ello explica que el 38% de los encarcelados en 1994 en Catalunya -la única CCAA que tiene transferidas las prisiones- y el 44,5% en el resto del Estado eran ADVP⁴.

Por otra parte, frecuentemente los ADVP comparten jeringas y en consecuencia el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es conocido que en nuestras prisiones el control de entrada de droga es mínimo, ya que de lo contrario se podría atentar contra los derechos de los reclusos y/o sus visitantes⁵, y que una misma jeringuilla o utensilios adaptados como tales puede ser compartido por varios ADVP tal como recogieron diversos medios de comunicación⁶, lo que posibilita que los reclusos pue-

dan infectarse o reinfectarse. Al margen de si los reclusos ya entran en prisiones infectados o no, todo lo antedicho además de relaciones sexuales de riesgo y tatuajes, explican que en nuestras prisiones exista una prevalencia de infección por VIH del 30-31%, prevalencia que en los reclusos ADVP puede alcanzar el 63,2%⁷. En consecuencia, podríamos tener en la actualidad en las instituciones penitenciarias más de 12.000 ADVP infectados por VIH.

Entre los pacientes con SIDA los antecedentes de prisión son muy frecuentes entre los ADVP, como lo prueba un estudio realizado en Barcelona donde se apreció que el 49,4% de los casos de SIDA en ADVP tenían antecedentes de prisión, mientras que entre los homosexuales sólo el 2,6% presentaban estos antecedentes (OR=36,9; Intervalo de confianza del 95%:22,6-60,8). Es muy llamativo que cuando se analizan los casos de SIDA de una prisión el 94,5% son ADVP⁸.

La nueva definición de SIDA (Europa-93) incluye la tuberculosis (TBC) pulmonar en VIH(+) como enfermedad definitoria de SIDA, lo que comporta cambios importantes en el número de casos de SIDA en Instituciones Penitenciarias, ya que según se considere la antigua definición de los «Centers for Disease Control» de 1987 o la de Europa-93, el número de casos puede sufrir un incremento del 35,1%⁹. Es significativo que entre las enfermedades diagnósticas de SIDA en los casos detectados desde 1994 en las prisiones de Cataluña, el 37,7% corresponden a TBC pulmonar y el 28,0% a TBC extrapulmonar (Programa Sanitario del Departament de Justicia de Cataluña, comunicación personal). Todo ello remarca la importancia de la TBC tanto en el medio penitenciario como en el resto de la comunidad.

De acuerdo con todo lo antedicho, es muy probable que España sea el país europeo cuyas prisiones presentan las mayores prevalencias tanto de infección por VIH como de SIDA como de TBC, la enfermedad indicativa de SIDA transmisible al resto de la comunidad. Ante esta situación, ¿qué se ha hecho? ¿qué se hace? ¿qué se puede hacer?

En este número de *Gaceta Sanitaria* se presenta un interesante trabajo sobre VIH y prisiones realizado en Granada en la prisión de hombres¹⁰ y objetivó poco uso de los preservativos entre los infectados por VIH (sólo el 34,7% lo usaban con su pareja habitual) a pesar de que en Instituciones Penitenciarias es fácil conseguirlos y de que conocían su utilidad para evitar infecciones por VIH. También destaca que el 43% habían compartido jeringuillas la última vez que se inyectaron, y que los autores opinan que sería deseable que los ADVP pudieran tener acceso a programas de intercambio de jeringuillas en las prisiones españolas, opinión cada vez más asumida por los profesionales de las instituciones penitenciarias¹¹.

En relación al tema de compartir jeringas en prisión, es significativo que en un trabajo realizado recientemente en Berlín, el mejor factor predictor de infección por VIH en ADVP fue el compartir jeringas en prisión, y los autores pudieron objetivar que el mayor riesgo lo presentaban aquellos que habían compartido jeringas más de 50 veces durante su estancia en prisión¹². Es llamativo que los autores señalan ya en el título que el encarcelamiento supone una neutralización de los programas de educación y prevención que se llevan a cabo en la comunidad, en ello influiría que en las cárceles es más fácil obtener droga que equipos estériles.

El SIDA ha comportado profundos cambios en nuestra sanidad penitenciaria, ha obligado a adecuar y a implementar las enfermerías, algunas de las cuales son auténticos hospitales de enfermedades infecciosas, y en consecuencia muchos médicos de prisiones se han convertido en expertos en la materia. En relación al VIH y sus infecciones oportunistas, es destacable que existen programas de VIH que incluyen el control de la patología orgánica, con las quimioprofilaxis y los tratamientos antiretrovirales que están muy generalizados como lo demuestra el elevado coste económico que comportan, mientras que en relación a la TBC se llevan a cabo programas de prevención y control, que incluyen el diagnóstico precoz, el tratamiento supervisado y los estudios de contactos. Finalmente, el SIDA también ha comportado numerosas aplicaciones del Artículo 60 de Reglamento Penitenciario con la finalidad de que el paciente terminal pudiera pasar sus últimos días con las personas más allegadas.

En cuanto a reducción de riesgos, en Cataluña ya existe una distribución adecuada de preservativos y de lejía desde 1988, pero no existen programas de intercambio de jeringuillas en ninguna Comunidad Autónoma. Sería deseable que se

iniciara alguna experiencia piloto en este sentido tal como ya se está realizando en la prisión de Windelbank (Cantón de Berna). Debería estimularse la investigación y las intervenciones sistemáticas (con pruebas piloto si es necesario), como programas intensivos de educación sanitaria con participación directa, «counselling» en los que participaran también nuestros mejores expertos tanto de IIPP como de fuera. Téngase en cuenta que el 87% de los ADVP al ingreso en prisión del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona, no habían acudido a un centro de toxicomanías en los seis meses precedentes (A. Domingo, Institut Municipal d'Investigació Mèdica, comunicación personal). El dilema prevenir/curar en prisiones ha de implicar una mejora de los aspectos preventivos especialmente en todo lo referente a relaciones sexuales y al uso de drogas por vía parenteral. No olvidemos que todas estas medidas también permitirán evitar otras infecciones como hepatitis, enfermedades de transmisión sexual e incluso TBC.

Mención especial merecen los programas de metadona, el primero de los cuales se inició en el Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona el 1 de octubre de 1992. En la actualidad ya todas las prisiones de Cataluña disponen de metadona aunque no todas son centros prescriptores. Sería deseable que estos programas se extendieran a las prisiones que aún no dispongan de ellos y que se aumentara el número de plazas. Ello exige que se disponga del número suficiente de plazas de metadona extrapenitenciarias, ya que se ha dado la situación de que el paciente cuando ya ha obtenido la libertad, vuelve a la cárcel a intentar obtener metadona. En el mismo sentido, en Instituciones Penitenciarias puede ser muy buen criterio poner en PMM a un individuo VIH(-) (con la finalidad de que no se infecte), mientras que en los PMM extrapenitenciarios estos individuos no son prioritarios debido a la limitación de plazas.

La drogadicción y sus complicaciones infecciosas afectan profundamente a la juventud española a pesar de que este problema está perfectamente identificado. Es necesario implementar las medidas descritas y estudiar otras que también pueden ser útiles. En este sentido, pudiera ser muy adecuado que los jóvenes condenados por tráfico de drogas sin otros delitos añadidos, pudieran cumplir condenas en comunidades terapéuticas especiales y/o realizando trabajos de interés comunitario.

En conclusión, hay que conseguir que los ADVP que ingresan en prisión sean capaces de no infectarse o reinfectarse por VIH mientras están reclusos¹³,

de la misma manera que debe aprovecharse su estancia en prisión para tratarlos de su toxicomanía favoreciendo que no se infecten o reinfecten cuando obtengan la libertad. La infección por VIH/SIDA en España¹⁴, y particularmente en prisiones es un grave problema de salud pública que afecta a toda nuestra comunidad. Potencialmente es un reto superable, pero en argot de prisiones «está crudo», si no se consiguen los recursos y las coordinaciones necesarias entre la sanidad penitenciaria y la extrapenitenciaria.

Agradecimientos

A Rafael Guerrero (Programa Sanitario del Departament de Justícia de Catalunya), Andrés Marco (Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona) y Vicente Martín (Centro Penitenciario de León) por sus comentarios y sugerencias.

Joan A. Caylà

*Servicio de Epidemiología
Unidad de Investigación de Tuberculosis.
Institut Municipal de la Salut. Barcelona*

Bibliografía

1. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *AIDS Surveillance in Europe*. Quarterly Report n°44 (31 December 1994). Saint Maurice: Institut de Médecine et d'Épidémiologie Africaines, 1995.
2. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Evolució de la població penitenciària a les diferents comunitats autònomes 1985-1994. *Justidata* 1995; 9: 1-12.
3. Caylà JA, Marco A, Bedoya A, Guerrero R, García J, Martín V y cols. Differential characteristics of AIDS patients with a history of imprisonment. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 1188-96.
4. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Situación socio-sanitaria de la población en centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Justicia, 1989.
5. Ballester J. Médicos en otros mundos. *Noticias Médicas* 19-25 de abril de 1995: 20-4.
6. Maeso AS. En las cárceles españolas, los reclusos se alquilan jeringas para inyectarse droga. *El Mundo*, 7 de noviembre de 1989.
7. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Pumarola T, Vidal J, Jiménez de Anta MT y cols. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalan Penitentiary. *AIDS* 1990; 4: 1023-6.

8. Marco A, Guerrero RA, Rodríguez AM, Escribano M, Humet V, Mercadé E y cols. Características de los casos de SIDA detectados en una prisión de Barcelona (1991-1993). *Aten Primaria* 1995; 15: 487-90.
9. Miranda PSC, Marco A, Caylà JA, Galdós-Tangüis H, García de Olalla P, Jansà JM. Validación de las diversas definiciones de SIDA en adictos a drogas por vía parenteral. *Libro de Abstracts del III Congreso Brasileiro de Epidemiology/ II Congreso Iberoamericano/ I Congreso Latinoamericano*. Salvador de Bahía, 1995 (Abstract 1497).
10. Carrasco P, Sánchez-Cruz JJ. Conocimientos y comportamientos de riesgo sobre el sida de los internos VIH+ y VIH- de la prisión provincial de Granada. *Gac Sanit* 1996; 10: 104-9.
11. Marco A, Martín V, Garrote G. SIDA y población reclusa en España. *JANO* 1996; 50: 996-1011.
12. Müller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmann I, Wirth D, Bienzle U. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995; 9: 183-90.
13. Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichner RR, Kennedy MG. HIV prevention in prisons and jails: Obstacles and opportunities. *Public Health Reports* 1994; 109: 615-25.
14. Álvarez-Dardet C, Hernández Aguado I. AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 331-2.

