

Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones

T Hernández-Fernández, JM Arroyo-Cobo*

Plan Nacional sobre el SIDA, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

* Coordinación de Sanidad. Secretaría General del Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior

RESUMEN

Objetivo: determinar, mediante la evolución de algunas de estas enfermedades, los resultados de los programas de prevención, promoción de la salud y reducción de daños en la salud de la población reclusa.

Material y método: La información se ha recogido de informes, boletines, memorias, registros centrales y otros documentos con información sanitaria desde 1993 hasta 2009.

Resultados: La prevalencia de VIH ha disminuido 3,5 veces y la de del VHC se ha reducido a la mitad en los últimos diez años. Las tasas de seroconversión dentro de la prisión han descendido un 85% en VIH y un 71% en VHC. La incidencia de tuberculosis y de sida han descendido un 85% y un 93,7% respectivamente.

Los programas de reducción de daños, mantenimiento con metadona e intercambio de jeringuillas, han aumentado de forma progresiva sus usuarios hasta que empezó a disminuir el número de UDIs en las prisiones, mientras que el de mediadores en salud se ha implantado en la práctica totalidad de los centros.

Discusión: La puesta en marcha por parte de Instituciones Penitenciarias a principios de los años noventa, siguiendo los criterios de la OMS, de una serie de actuaciones encaminadas a mejorar la situación de la población reclusa, incluyendo programas de prevención y control de enfermedades, programas de reducción de daños y de promoción de la salud ha contribuido a mejorar de forma significativa la salud de una población que proviene de una situación que se podría considerar de vulnerabilidad en el exterior de la prisión.

Palabras clave: Prisiones; Poblaciones vulnerables; VIH; Trastornos relacionados con sustancias; Promoción de la Salud; Prevención y control; Hepatitis C; Mycobacterium tuberculosis; Metadona; Programas de Intercambio de Aguja.

RESULTS OF THE SPANISH EXPERIENCE: A COMPREHENSIVE APPROACH TO HIV AND HCV IN PRISONS

ABSTRACT

Aim: to measure the results of prevention, health promotion and damage reduction programs for the health of the prison population via the progress of a number of illnesses in these contexts.

Materials and methods: The information was taken from reports, bulletins, specifications, central records and other documents containing health information from 1993 to 2009

Results: The prevalence of HIV has diminished 3.5 times and HCV has gone down by 50% in the last ten years. The rates of seroconversion within prisons have gone down by 85% in the case of HIV and by 71% for HCV. The incidence of tuberculosis and AIDS has decreased by 85% and 93.7% respectively.

The number of users of damage reduction, methadone maintenance and syringe exchange programs has progressively increased to the point where the number of IDUs has begun to diminish, while the health mediators program has been implemented in practically all prisons.

Discussion: In response to WHO criteria, a series of activities were set in motion in the 90s by prisons, which focused on improving the situation of the prison population, including illness prevention and control, and damage reduction and health promotion programs. These have significantly contributed to improving the health of a population that comes from what only can be regarded as a highly vulnerable situation outside prison.

Key words: Prisons; Substance-Related Disorders; Vulnerable Populations; Health Promotion; Prevention & control; Hepatitis C; Mycobacterium tuberculosis; Methadone; Needle-Exchange programs.

INTRODUCCIÓN

Desde finales de los años ochenta la asistencia sanitaria en las prisiones españolas fue avanzando hacia un modelo de atención integral similar al que se presta en los centros de atención primaria de la comunidad¹. La detección, el tratamiento y la adecuada derivación de las enfermedades más frecuentes en el medio penitenciario es el principal objetivo de la Sanidad Penitenciaria, ello permite contribuir a mejorar la salud de los colectivos sociales más vulnerables, personas alejadas de los circuitos tradicionales de asistencia que pueden mejorar su salud y adquirir habilidades que les faciliten el cambio de estilos de vida poco saludables y que, con un seguimiento adecuado, podrán mantener al recobrar la libertad.

Como parte del Servicio Público de Salud la Sanidad Penitenciaria debe asegurar una asistencia equitativa a la que se presta fuera de prisión^{2, 3}, siendo ya reconocida como uno de los recursos de la comunidad para la lucha contra las desigualdades sociales en salud^{4, 5, 6}.

La atención sanitaria en las prisiones de nuestro país se caracteriza por una serie de aspectos que son comunes con el resto de los países de la Unión Europea⁷, y probablemente del mundo, aunque pueda haber diferencias en su organización.⁸ Hay un colectivo relativamente pequeño de profesionales que se dedica a esta parte de la sanidad pública con una elevada especialización en una serie de patologías que aparecen en esta población y que deben ser tratadas en un entorno peculiar, como es el de la prisión. Además, existe la necesidad de hacer frente a problemas de salud pública que trascienden a la propia población atendida, como la rehabilitación de toxicómanos, su reintegración en la sociedad o la propia prevención de enfermedades transmisibles como el VIH, las hepatitis virales o la tuberculosis.

El eje del sistema asistencial penitenciario en España son las unidades sanitarias de cada prisión dependientes del Ministerio del Interior, que cubren con personal médico y de enfermería la asistencia primaria y que derivan a los servicios especializados y hospitalarios, dependientes de los servicios asistenciales de cada comunidad autónoma, a aquellos internos que lo precisan⁹.

El objetivo fundamental de este artículo es describir la evolución de las enfermedades de transmisión parenteral más prevalentes en el medio penitenciario (VIH/SIDA, hepatitis virales y TB) tras la puesta en marcha de los programas de prevención y control de enfermedades transmisibles así como de los programas de reducción de daños (programas de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas y programas de mediadores en salud), que

se desarrollaron en las prisiones españolas a partir de los años noventa.^{10, 11}

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos para la realización de este artículo se han obtenido de la revisión de los informes que se publican cada año y que recogen la información enviada desde los centros a los Registros Centrales de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Estos registros, que se nutren de las notificaciones de los médicos acerca de las enfermedades de declaración obligatoria y de las actividades sanitarias que se realizan en los centros penitenciarios, son fundamentalmente: Registros de casos de SIDA y de tuberculosis, que recogen información de todos los casos incidentes de sida y/o tuberculosis diagnosticados mientras el enfermo está en prisión; Registro de prevalencia de VIH que recoge datos de prevalencia/día mediante dos cortes transversales uno a mediados de junio y otro a mediados de noviembre de cada año; Registro de seroconversiones al VIH y al virus de hepatitis C que recogen todas las seroconversiones frente a estas dos infecciones producidas dentro de la prisión; Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO); Registro de altas hospitalarias; Registro de mortalidad y Registros de atención al drogodependiente.

Además, se han revisado también las memorias y los boletines epidemiológicos con los datos sobre asistencia sanitaria de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria desde 1992 hasta 2009. Asimismo se han revisado todas las instrucciones y circulares emitidas en relación con la respuesta a la infección por VIH e infecciones asociadas en el medio penitenciario, que la Secretaría General de IIPP publicó entre esas fechas. También se analizaron los textos con las recomendaciones de los diferentes programas para responder a las infecciones del VIH y Tuberculosis, que fueron publicados por IIPP entre esas fechas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de esta revisión exhaustiva nos permiten valorar la evolución de los distintos problemas sanitarios con mayor prevalencia en la prisión así como datos de actividad sanitaria relacionados con estas enfermedades.

En la figura 1 se puede observar como la prevalencia de infección por el VIH, que se obtiene a través de dos cortes transversales en junio y noviembre de cada año y que recoge información de todos las personas ingresadas en ese momento en prisión, muestra una

clara tendencia descendente en los últimos años, siendo la prevalencia observada en 2008, 3,5 veces menor que la observada hace diez años.

La figura 2 muestra la evolución de la incidencia de casos de tuberculosis y de sida. En ambas enfermedades se puede observar una tendencia decreciente con curvas prácticamente paralelas lo que nos indica la enorme relación entre tuberculosis y sida. Desde 1994, año con mayor incidencia de casos de sida debido a la inclusión de la tuberculosis pulmonar como enfermedad indicativa, hasta 2008 se ha producido un descenso en los casos de sida del 93,7%. En el caso de la tuberculosis el descenso se inició dos años más tarde, y desde este año hasta 2008 ha disminuido un 85%.

Figura 1. Prevalencia de infección por VIH en población reclusa en el periodo 1992-2009.

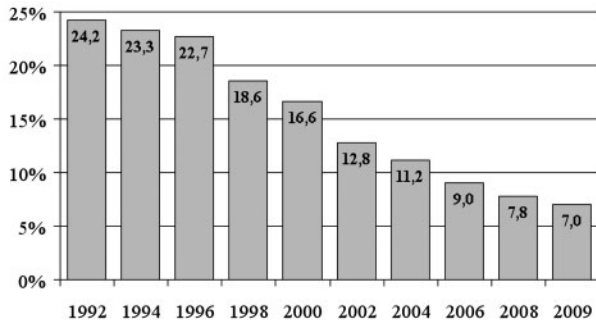
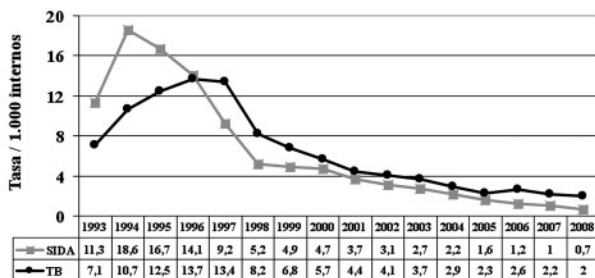


Figura 2. Incidencia de sida y tuberculosis en la población reclusa en el periodo 1993-2008.



En cuanto a la evolución de la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C, con una alta prevalencia en 1998, se puede observar como se ha reducido a la mitad en los últimos 10 años (figura 3).

En la figura 4 observamos la evolución de las seroconversiones al VIH y al VHC (la transmisión se ha producido dentro de la prisión), entre los internos de los centros penitenciarios que quizá midan de forma más contundente la eficacia de los programas de prevención y control de dichas enfermedades en prisión. Las tasas de seroconversión en ambas infecciones han descendido en los últimos 8 años (años de los que se

disponen datos), un 85% en seroconversiones frente al VIH y un 71% las seroconversiones frente al VHC.

La figura 5 recoge la evolución del programa de mantenimiento con metadona en los centros penitenciarios, y muestra un aumento progresivo del número de usuarios desde su implantación hasta el año 2003 y un descenso lento pero progresivo en los últimos años.

Figura 3. Prevalencia de VHC en la población reclusa en el periodo 1993-2008.

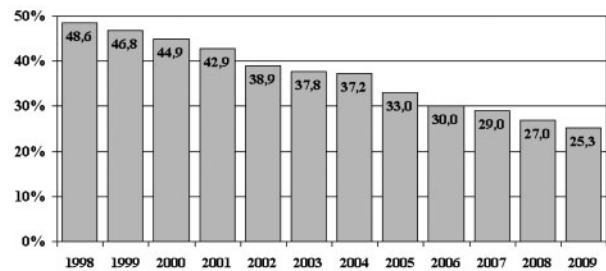


Figura 4. Incidencia de las infecciones por VIH y de VHC transmitidas dentro de la prisión (seroconversiones). 2000-2008.

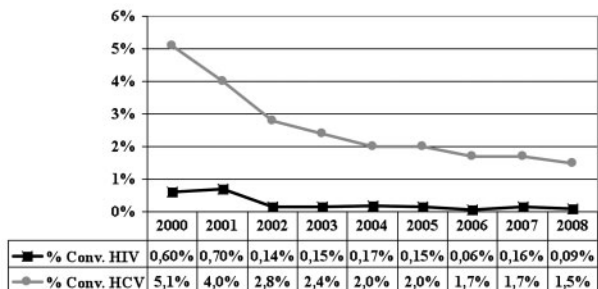
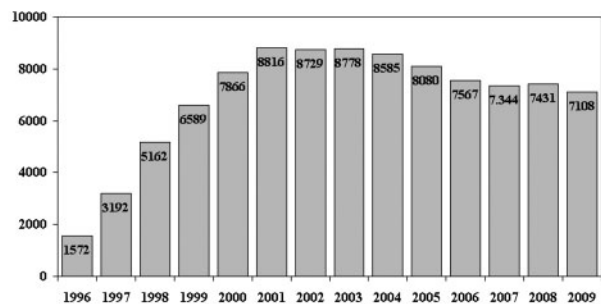


Figura 5. Evolución del número de internos en Programa de Mantenimiento con Metadona en II.PP. 1996-2009.



La figura 6 muestra el número de centros penitenciarios con programa de intercambio de jeringuillas y el número total de jeringuillas suministradas. Respecto al número de centros la curva presenta tres zonas diferenciadas, una, en los primeros años de implantación, de inicio lento, una segunda con un incremento exponencial de los centros con intercambio tras la publicación

de la orden que obligaba a poner en marcha el programa en todos los centros penitenciarios y una tercera de mantenimiento del número de centros dispensadores en los últimos años. El número de jeringuillas suministradas aumentó progresivamente hasta el año 2005 para iniciar posteriormente un lento descenso.

En la figura 7 se puede observar el progresivo aumento del número de centros que tienen implantado el programa de mediadores en salud, que en los últimos 10 años ha llegado a la práctica totalidad de los centros penitenciarios.

Figura 6. Evolución del Programa de Intercambio de Jeringuillas en II.PP. 1997-2009.

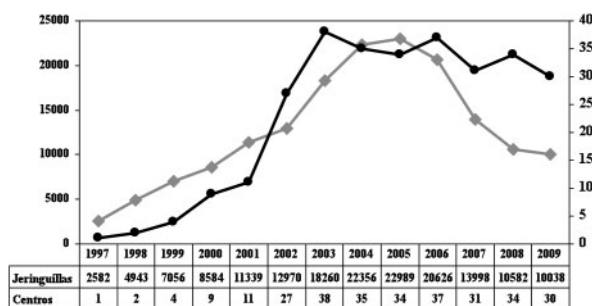
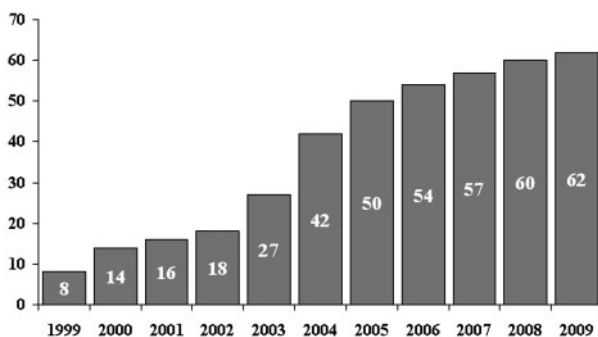


Figura 7. Evolución del número de centros con programa de mediadores en salud en II.PP. 1999-2009.



DISCUSIÓN

La puesta en marcha de programas de prevención y control de enfermedades transmisibles, básicamente infección por VIH/SIDA, hepatitis víricas y tuberculosis a principios de los años 90 fue consecuencia de la concentración en prisión de personas que presentaban elevados porcentajes de prácticas de riesgo de padecer estas enfermedades, básicamente el uso de drogas ilegales inyectadas compartiendo el material de inyección (46%)¹².

El primer programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles se puso en marcha en 1990¹³. El objetivo básico de estos programas, que se han ido revisando a lo largo de este tiempo, es la

detección temprana de los casos, su seguimiento y adecuado tratamiento, junto con la prevención de la aparición de nuevos casos. Posteriormente se iniciaron programas de reducción de daños, en primer lugar el de mantenimiento con metadona (llegó a incluir a más del 20% de la población reclusa) y más tarde los programas de intercambio de jeringuillas (llegando a distribuirse más de 20.000 jeringuillas cada año). Paralelamente se desarrollaron nuevas estrategias de educación para la salud como los programas de educación entre iguales y los de deshabituación a drogas en unidades terapéuticas¹⁴.

A lo largo de estos años se ha podido observar que la puesta en marcha de estos programas ha tenido resultados satisfactorios ya que en el caso de la infección por el VIH la tasa de infectados ha descendido año tras año, desde un 24% en 1992 al 7% en 2009, lo mismo ha ocurrido con el resto de las enfermedades objeto de estos programas, la hepatitis se ha reducido prácticamente a la mitad desde 1998, la tasa de incidencia de tuberculosis es diez veces inferior en 2008 con relación a 1998 y en cuanto a las seroconversiones tanto de VIH como VHC, que miden la incidencia de las infecciones que se han producido dentro de la prisión, han descendido de forma significativa en ambas infecciones^{15, 16, 17}.

La disminución del número de usuarios de los programas de reducción de daños en los últimos años, que se describe en los resultados, es debido en parte al cambio de los hábitos de consumo de sustancias y a la disminución porcentual del número de adictos a drogas entre los reclusos. La puesta en marcha de los programas de educación para la salud y de formación de mediadores, que integran directamente a los internos como agentes de salud, han tenido una eficacia contrastada en la mejora de hábitos entre la población reclusa^{12, 18} disminuyendo el uso de drogas de forma inyectada y el hábito de compartir el material de inyección.

Las políticas sanitarias implementadas en los servicios sanitarios españoles en la pasada década, ayudaron de manera determinante a la reducción de la infección por VIH y SIDA y otras enfermedades asociadas como tuberculosis o hepatitis virales, en una parte importante de población vulnerable de nuestra sociedad, adictos a drogas por vía endovenosa, delincuentes y reclusos.

La oficina europea de la Organización Mundial de la Salud lleva trabajando con acierto desde hace más de una década específicamente en el desarrollo de consensos internacionales sobre los principales problemas de la Sanidad Penitenciaria, lo que supone una labor fundamental para avanzar en esta compleja parte de la medicina pública. Su empeño en integrar el trabajo entre los responsables gubernamentales de salud pública, los de la Sanidad Penitenciaria y cuantas organizacio-

nes, gubernamentales o no, estén trabajando de manera eficaz en la restitución y protección de la salud de los reclusos permite que todos los profesionales que realizan una callada y esforzada labor en los centros penitenciarios se vean respaldados por las acciones de una red internacional de profesionales de alto nivel liderados por la organización mundial de la salud¹.

Quedan importantes retos que afrontar en el sistema penitenciario europeo, la sobreocupación de las prisiones, el cambio en la mentalidad de todas las autoridades implicadas para conseguir unas prisiones más saludables, con instalaciones modernas donde se respeten todos los derechos de los reclusos, empezando por el de la salud y se trabaje con la máxima profesionalidad para la reinserción social de las personas condenadas.

Los éxitos alcanzados en los últimos años por la Sanidad Penitenciaria española en el control de las enfermedades transmisibles más frecuentes en este medio, nos alientan a encarar los actuales problemas de salud con confianza, problemas como la salud mental, la creación de entornos penitenciarios más humanizados, la mejora de las vías de resocialización al terminar las condenas o la propia mejora de la calidad asistencial en el medio penitenciario.

CORRESPONDENCIA

T Hernández-Fernández, JM Arroyo-Cobo
Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. Castellón, Km. 3,400
50013 Zaragoza

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monográfico de Sanidad Penitenciaria. Revista de Estudios Penitenciarios. Extra1-1990. Ministerio de Justicia Madrid 1990.
2. Council of Europe. Recommendation No. R (98) 7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. (Adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th meeting of the Ministers' Deputies).
3. Basic Principles for the Treatment of Prisoners, G.A. res. 45/111, annex, 45 U.N. GAOR Supp. (No.49A) at 200, U.N. Doc. A/45/49 (1990).
4. Madrid Recommendation.2009 WHO <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications2/2010/the-madrid-recommendation-health-protection-in-prisons-as-an-essential-part-of-public-health>. (Consulta Agosto 2010).
5. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf (Consulta agosto 2010).
6. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Adm Sanit. 2006; 4(2): 357-82.
7. Arroyo JM. Algunos aspectos de la Sanidad Penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea Rev Esp Sanid Penit 2001; 3: 77-89.
8. Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria Análisis para un modelo de evaluación Rev Esp Sanid Penit 2003; 5: 60-76.
9. <http://www.institucionpenitenciaria.es/opencms/opencms/laVidaEnPrision/atencionSanitaria/> (Consulta agosto 2010)
10. Parra F. Rev Esp Sanid Penit 2000; 1: 1-2.
11. Marco Mouriño A. Incidencia de la hepatitis crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados de prisión Rev Esp Sanid Penit 2006; 8: 71-77.
12. Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) 2006. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>
13. Martín 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.
14. Programa de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Memoria 2008. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior; 2009.
15. Casos de tuberculosis en Instituciones Penitenciarias 2008. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior; 2009.
16. Casos de sida y prevalencia del VIH en Instituciones Penitenciarias 2008. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior; 2009.
17. Estadística Sanitaria 2009, Nacional y por centros. Indicadores de Actividad Sanitaria. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior; 2010.
18. Marco-Mouriño A Incidencia de la hepatitis crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados de prisión. Rev Esp Sanid Penit 2006; 8: 71-77 11.