

Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamiento con sustitutivos opioides e intercambio de jeringas en las prisiones españolas, 1992-2009

L de la Fuente^{1, 2}, MJ. Bravo^{1, 2}, E Jiménez-Mejías^{2, 4},
L Sordo^{1, 2}, J Pulido^{1, 2}, G Barrio^{2, 3}

¹ Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, España

² CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

³ Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, España

⁴ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada, Granada, España

RESUMEN

Introducción: España es de los pocos países que ha implementado generalizadamente tratamientos con sustitutivos opioides (TSO) y programas de intercambio de jeringas (PIJ) para los consumidores de drogas en prisión. Se analiza la evolución de la necesidad, cobertura y oportunidad temporal de estas intervenciones en España durante 1992-2009.

Material y métodos: La provisión de intervenciones procede de publicaciones oficiales. La necesidad se estimó aplicando métodos multiplicativos a datos secundarios de varias fuentes. La cobertura se estimó mediante el cociente entre provisión y necesidad, y la diferencia entre dichas magnitudes. La oportunidad temporal se estimó observando el decalaje entre el acmé de incidencia de consumo, de infección por VIH o de necesidad y las curvas de provisión.

Resultados: Los TSO comenzaron en 1992. Su máxima cobertura se alcanzó en 2002 (63.8%), y posteriormente se estabilizó. Los PIJ comenzaron en 1997. Su máxima cobertura se alcanzó en 2006 (20.7%), pero disminuyó a la mitad en dos años. El retraso entre el acmé de las epidemias o de la necesidad y la máxima cobertura de las intervenciones fue de 8-25 años.

Conclusiones: La implementación de TSO y PIJ en las prisiones españolas supuso un enorme avance de salud pública, pero el retraso en su implementación y la baja cobertura de los PIJ pueden haber limitado mucho su impacto potencial en la mejora de la salud de los consumidores de drogas en prisión. El descenso de la cobertura de los PIJ a la mitad en los últimos años es especialmente preocupante para la evolución de las epidemias de VIH y hepatitis C.

Palabras clave: tratamiento de sustitución de opiáceos; programas de intercambio de agujas; prisiones; evaluación de programas y proyectos de salud; reducción del daño; VIH; hepatitis C; España.

EVOLUTION OF THE NEED AND COVERAGE OF OPIOID SUBSTITUTION TREATMENTS AND NEEDLE EXCHANGE PROGRAMMES IN SPANISH PRISONS, 1992-2009

ABSTRACT

Introduction: Spain is one of the few countries to have widely implemented opioid substitution treatments (OST) and needle exchange programmes (NEP) for drug users in prison. We analyze the evolution of the need, coverage and the timeliness of these interventions in Spain between 1992 and 2009.

Methods: Data on the provision of interventions is taken from official publications. The need was calculated by applying multiplicative methods to secondary data from several sources. Coverage was estimated as the quotient between provision and need. Temporal opportunity was estimated by observing the gap between the acme of the incidence of consumption, of HIV infection or need and the curve of provision.

Results: OST's began to be implemented in 1992. In 2002 they reached their maximum coverage (63.8%) and subsequently stabilized. NEP's started in 1997. Their maximum coverage reached 20.7% in 2006, but halved in a period of two years. The delay between the epidemic acme and the need and maximum intervention coverage was of 8-25 years.

Conclusions: OST and NEP introduction in Spanish prisons was a great advance, but the delay in their implementation and the low level of NEP coverage could have limited their potential impact on the improvement of the health of incarcerated drug users. The decline of NEP coverage in recent years is a cause of major concern for the evolution of HIV and Hepatitis C epidemics.

Key words: opiate substitution treatment; needle-exchange programs; prisons; program evaluation; harm reduction; HIV; hepatitis C; Spain.

Texto recibido: 22-11-2011

Texto aceptado: 21-01-2012

INTRODUCCIÓN

Coincidiendo con la transición de la dictadura a la democracia, a mediados de los setenta, en España se produjo una rápida extensión del consumo de heroína, que en los consumidores habituales fue mayoritariamente inyectado¹. Según una estimación reciente, la máxima incidencia del consumo se alcanzó en 1980², cuando ya había comenzado la epidemia de infección por VIH en esta misma población, que alcanzaría su acmé en 1985³. La superposición de ambas epidemias en los consumidores en las dos últimas décadas del siglo pasado produjo un impacto en la morbilidad de los adultos jóvenes españoles probablemente sin parangón en Europa Occidental, ni en España desde la última guerra civil⁴.

Debido a varias razones (ilegalidad del consumo en muchos países, alta incidencia del consumo en grupos desfavorecidos, necesidad de delinquir contra la propiedad o traficar con droga al por menor para cubrir las altas exigencias económicas derivadas de la necesidad de adquirir la droga, etc.) en todos los países un porcentaje muy alto de los consumidores de heroína y otras drogas ilegales acaban internados en prisión durante largos períodos⁵. En nuestro país, a finales de los años ochenta y primeros de los noventa, aproximadamente uno de cada dos internos se había inyectado drogas y alrededor de uno de cada tres estaba infectado por el VIH⁶. La conciencia de esta situación, impulsada por las directrices de organizaciones internacionales como la OMS⁷, condujo a una profunda reorganización de la asistencia sanitaria dentro de las prisiones intentando respetar el principio de que un interno sólo está privado de libertad, pero de ningún otro derecho. Además, se puso en marcha un programa especial para la prevención, control y asistencia a las enfermedades transmisibles ligadas a la inyección o altamente prevalentes en esta población: VIH, hepatitis B y C y tuberculosis⁸. Sin embargo, en este programa se contemplaba la distribución de lejí, pero no la distribución de jeringuillas. Ya entonces

era obvio que la lejí debía ser considerada como una medida de segundo escalón o complementaria para cuando “no se podía” usar jeringuillas estériles. Se demostró pronto que su eficacia obligaba a usarla en concentraciones y durante unos tiempos de exposición muy concretos⁹ que hacían cuestionar su efectividad poblacional¹⁰. Ahora bien, las jeringuillas no habían pasado lo que algún autor ha llamado “test de legalidad”¹¹ para su uso en las prisiones. Tampoco lo que podríamos denominar test de legitimidad o aceptación social. En España aún no se habían desarrollado fuera de las prisiones, pese a que ya habían pasado más de 5 años desde su implantación en Ámsterdam. Hasta un par de años más tarde no se puso en marcha la otra medida con eficacia demostrada fuera de prisión: el tratamiento con sustitutivos opioides (TSO), mientras que la provisión de material de inyección estéril tendría que esperar 5 años más^{11, 12}.

Veinte años después los indicadores sanitarios, desarrollados también en el marco de dicha reforma de la sanidad penitenciaria, muestran que la situación ha cambiado radicalmente en cuanto a incidencia y prevalencia de estas infecciones en la población reclusa¹³. Algunos análisis recientes se han limitado a los últimos 10-12 años y muestran una tendencia descendente continuada de dichos indicadores coincidente con un aumento progresivo de las jeringuillas intercambiadas y del número de internos en tratamiento con opioides. Esta coincidencia temporal y quizás la impaciencia por demostrar la efectividad de unas políticas que costó mucho poner en marcha ha llevado a sugerir una relación causal un tanto apresurada o al menos muy poco matizada^{6, 13}.

Sin embargo, merece la pena realizar un esfuerzo por evaluar hasta donde sea posible (proceso o resultados) las políticas mencionadas, al menos por dos razones: a) Por la enorme dimensión de las epidemias de uso de heroína y de inyección de drogas en España y su impacto sobre la salud de los adultos jóvenes, y, b) Por la determinación de los responsables políticos que impulsaron la reforma sanitaria en prisiones que

llevó a la puesta en marcha de dos medidas de reducción de daños con evidencia científica de eficacia en la comunidad^{14, 15} pero que sólo un número reducido de países ha implementado en las prisiones (en la mayoría de los casos, únicamente en alguna prisión a modo de programa piloto)⁵.

El presente original intenta analizar la evolución temporal de las necesidades de jeringuillas y TSO en los inyectadores de drogas (ID) y en los consumidores de opioides en prisión en España, durante el período 1992-2009, así como la cobertura conseguida y las necesidades no cubiertas con estas intervenciones.

MÉTODOS

Se aplicaron métodos multiplicativos a los datos de varias fuentes de datos secundarios para estimar la necesidad, la provisión y la cobertura de dos intervenciones de reducción del daño, los TSO y los programas de intercambio de jeringas (PIJ) en las prisiones españolas en el período 1992-2009. Conviene precisar que no se han incluido los datos correspondientes a las prisiones de la CA de Cataluña, que tienen la competencia transferida y unas fuentes de datos diferentes. Las poblaciones diana de los TSO y de los PIJ fueron, respectivamente, los consumidores de opioides y los ID ingresados en las prisiones en el período mencionado. Los detalles metodológicos (algoritmos, asunciones, definiciones, estimaciones intermedias y fuentes de datos) se resumen en la tabla 1.

Las fuentes de datos usadas en el análisis son suficientemente representativas de la situación en las prisiones españolas. Los datos sobre el número medio diario de personas que están ingresadas en prisión en diciembre de cada año (MDP) proceden del INE¹⁶. Los datos sobre el número anual de ingresos en prisión procedentes de libertad (nuevos ingresos o NI) proceden de registros de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP)¹⁷, y tienen el inconveniente de que se refieren a episodios de ingreso, por lo que el número de personas ingresadas puede estar algo sobreestimado, ya que una cierta proporción de personas puede haber ingresado más de una vez a lo largo del año. Además, los datos de algunos años no estaban disponibles, por lo que tuvieron que estimarse por interpolación o proyección a partir de los disponibles. Los datos sobre provisión de TSO y jeringas proceden también de registros de la SGIP¹⁷. La provisión de TSO se refiere al número de personas que recibieron TSO en algún momento durante el año, y la provisión de jeringas al número anual de jeringas estériles distribuidas por los PIJ en todas las prisiones españolas.

La necesidad de TSO y jeringas se estimó a partir de tres encuestas nacionales sobre uso de drogas dirigidas a personas que ingresaban o estaban ingresadas en prisión, realizadas en 1994, 2000 y 2006¹⁸⁻²⁰. La encuesta de 1994 se realizó sobre 1.541 personas que ingresaban en prisión seleccionadas en el 25% de las prisiones españolas¹⁸. La encuesta de 2000 se realizó sobre 5.028 internos seleccionados en 61 prisiones, sin incluir las prisiones de Cataluña^{19, 21}. La encuesta de 2006 se realizó sobre 4.934 reclusos seleccionados en 66 centros penitenciarios. Los reclusos eran preventivos y penados (clasificados generalmente en segundo grado), excluyendo a los que no hablaban español o árabe, y a los internados en celdas de aislamiento, centros psiquiátricos o cárceles pequeñas y lejanas²⁰.

La cobertura TSO o de jeringas fue estimada, por una parte, como el cociente entre la provisión de intervenciones (nº de personas que recibieron TSO o nº de jeringas distribuidas) y la necesidad de dichas intervenciones, y por otra, como la diferencia entre esas dos magnitudes. El cociente (cobertura relativa) indica la proporción de necesidades cubiertas y es útil a efectos comparativos, mientras que la diferencia expresa el volumen absoluto de necesidades no cubiertas y es útil a efectos de planificación y valoración económica. También se estimó el número medio anual de jeringas distribuidas por ID, porque es un indicador muy usado en las publicaciones internacionales.

La necesidad de TSO se refiere al número anual de reclusos consumidores de opioides que necesitan este tratamiento y fue calculado como la suma de reclusos que recibieron TSO alguna vez durante el año (obtenido de los registros de la SGIP) más los consumidores de heroína al ingreso en prisión que no estuvieron en TSO en prisión (estimado a partir de datos de la encuesta de 2006²⁰). La necesidad de jeringas se obtuvo multiplicando el número de IDs dentro de la prisión (estimado a partir de datos de las tres encuestas mencionadas sobre uso de drogas en prisión) por el número medio anual de episodios de inyección por cada ID (tomado de la encuesta de 2006²⁰).

La adecuación temporal u oportunidad de las intervenciones fue estimada observando el decalaje entre las curvas de problemas o necesidad y la curva de provisión. Primero, se calculó el tiempo transcurrido entre el año en que indicadores de problemas o necesidad (incidencia de infección por VIH relacionada con la inyección de drogas, prevalencia de inyección de drogas en la población general, número de usuarios de heroína al ingreso en prisión —equivalente a necesidad de TSO—, número de inyectadores de drogas dentro de prisión —que determina la necesidad de jeringas—) alcanzaron el máximo y el año

Indicador	Algoritmos. Asunciones	Definiciones. Estimaciones intermedias	Fuentes de datos
A) TSO para los consumidores de opioides			
Nº de usuarios de heroína al entrar en prisión (HF)	HF=PHF*P P=MDP+NI	HF: Nº de reclusos que habían usado heroína en los 30 días previos al ingreso en prisión. PHF: Prevalencia de uso de heroína en los 30 días previos al ingreso en prisión entre las personas ingresadas en prisión ese año. PHF ₁₉₉₄ =0,429; PHF ₂₀₀₀ =0,353; PHF ₂₀₀₆ =0,265. La PHF para el resto de los años se obtuvo por interpolación y proyección lineal de las prevalencias de los tres años mencionados. P: Nº de personas que han estado alguna vez ingresadas en prisión durante el año MDP: Nº medio diario de personas que están ingresadas en prisión en diciembre de cada año NI: Nº anual de ingresos en prisión desde libertad	PHF: Encuestas sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 1994, 2000 y 2006 ¹⁸⁻²⁰
Nº de usuarios de heroína en prisión (HP)	HP=PHP*P P=MDP+NI	HP: Nº de reclusos que habían consumido heroína en los últimos 30 días dentro de prisión. PHP: Prevalencia de consumo de heroína en los últimos 30 días dentro de prisión entre las personas ingresadas en prisión ese año. PHP ₂₀₀₆ =0,055. La PHP para el resto de los años se obtuvo multiplicando la PHF anual por el cociente PHF ₂₀₀₆ / PHP ₂₀₀₆ = 4,8 [PHP=PHF*(PHF ₂₀₀₆ /PHP ₂₀₀₆)].	PHP ₂₀₀₆ : Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006 ²⁰
Usuarios de heroína que no reciben TSO (HNO)	HNO=HF-(HF*PHO)	PHO: Proporción de usuarios de heroína en los 30 días previos a la entrada en prisión que recibieron TSO en prisión. PHO ₂₀₀₆ =0,53. Para 2001-2009, se asumió la misma PHO anual de 2006. Las PHO anuales de los años previos a 2001 se calcularon disminuyendo la PHO ₂₀₀₆ de forma directamente proporcional a la disminución de PO ₂₀₀₆ porque se consideró que todavía no había suficiente oferta de TSO.	PHO ₂₀₀₆ : Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006 ²⁰
Provision de TSO (PO)	–	PO: Nº de personas que recibieron TSO en algún momento durante el año	Registro de prisiones ¹⁷
Necesidad de TSO (NO)	NO=PO+HNO Asumiendo que todos HNO necesitan TSO	NO: Nº de usuarios de opioides que necesitan TSO	–
Necesidad de TSO no cubierta (NONC)	NONC=NO-PO	NONC: Nº de reclusos que necesitan TSO pero no lo reciben	–
Cobertura de TSO (CO)	CO=(PO/NO)*100	CO: Cobertura relativa de TSO	–
B) Jeringas estériles entre los inyectadores de drogas			
Nº de IDs al entrar en prisión (IF)	IF=PIF*P P=MDP+NI	IF: Nº de reclusos que se habían inyectado drogas en los 30 días previos al ingreso en prisión. PIF: Prevalencia de inyección de drogas en los 30 días previos al ingreso en prisión entre las personas ingresadas en prisión ese año. PIF ₁₉₉₄ =0,390; PIF ₂₀₀₀ =0,219; PIF ₂₀₀₆ =0,117; La PIF para el resto de los años se obtuvo por interpolación y proyección lineal de las prevalencias de los tres años mencionados.	PIF: Encuestas sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 1994, 2000 y 2006 ¹⁸⁻²⁰ MDP: INE ¹⁶ NI: Informes generales anuales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ¹⁷
Nº de IDs en prisión (IP)	IP=PIP*P P=MDP+NI	IP: Nº de reclusos que se habían inyectado drogas en los últimos 30 días dentro de prisión. PIP: Prevalencia de inyección de drogas en los últimos 30 días dentro de prisión entre las personas ingresadas en prisión ese año. PIP ₂₀₀₆ =0,013. La PIP para el resto de los años se obtuvo multiplicando la PIF anual por el cociente PIF ₂₀₀₆ / PIP ₂₀₀₆ = 9,0 [PIP=PIF*(PIF ₂₀₀₆ /PIP ₂₀₀₆)].	PIP ₂₀₀₆ : Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006 ²⁰
Provisión de jeringas (PJ)	–	PJ: Nº de jeringas distribuidas por los programas de intercambio de jeringas en prisión	Registro de prisiones ¹⁷
Necesidad de jeringas (NJ)	NJ=IP*IA Asumiendo: una jeringa estéril por inyección y una inyección por día	NJ: Necesidad anual de jeringas en prisión IA: Nº medio de días de inyección por año y por ID. IA ₂₀₀₆ =6,9*12=82,4. Para el resto de los años se aplicó ese mismo IA	IA ₂₀₀₆ : Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006 ²⁰
Necesidad de jeringas no cubierta (NJNC)	NJNC=NJ-PJ	NJNC: Nº de jeringas estériles necesitadas por los ID en prisión y no provistas por los PIJ.	–
Cobertura de jeringas (CJ)	CJ=(PJ/NJ)*100	CJ: Cobertura relativa de jeringas por los programas de intercambio de jeringas en prisión	–
Jeringas provistas por ID (JPI)	JPI=NJ/IP	JPI: Nº medio de jeringas distribuidas anualmente por los PIJ a cada ID	–

Todos los indicadores fueron calculados para un año calendario y se refieren a la población en prisión en España. TSO: Tratamiento sustitutivo con opioides; PIJ: Programa de intercambio de jeringas. ID: Inyectador de drogas.

Tabla 1. Métodos para estimar la necesidad, provisión y cobertura de las intervenciones de reducción del daño en las prisiones españolas

Año	Personas alguna vez en prisión durante el año ^a (P)	Media diaria de personas en prisión ^a (MDP)	Nº de usuarios de heroína al entrar a prisión (HF) ^a	Nº de usuarios de heroína en prisión (HP) ^a	Provisión de TSO (PO) ^a	Necesidad de TSO en prisión (NO) ^a	Necesidades de TSO no cubiertas (NONC) ^a	Cobertura de TSO (CO) (%)	Media diaria de personas en TSO ^a
1992	92201	36210	41890	8694	90	41888	41798	0,2	30
1993	95815	39824	42318	8783	135	42314	42179	0,3	45
1994	96738	40747	41501	8613	696	41492	40796	1,7	234
1995	94603	38612	39386	8175	2041	39466	37425	5,2	686
1996	81528	35898	32910	6830	6606	34212	27606	19,3	1572
1997	86327	37132	33754	7005	10577	35621	25044	29,7	3192
1998	85811	38365	32465	6738	16283	35851	19568	45,4	5162
1999	76351	38233	27919	5795	18899	33945	15046	55,7	6589
2000	75105	39001	26512	5503	20214	33651	13437	60,1	7866
2001	76876	41131	26010	5398	21642	33919	12277	63,8	8816
2002	80907	44924	26187	5435	21819	34179	12360	63,8	8729
2003	83514	48645	25806	5356	21223	33403	12180	63,5	8778
2004	85684	51272	25220	5234	20917	32821	11904	63,7	8585
2005	86701	52747	24247	5032	19010	30455	11445	62,4	8080
2006	93112	55049	24675	5121	17709	29355	11646	60,3	7567
2007	98278	57725	24602	5106	17541	29153	11612	60,2	7344
2008	106560	63517	25113	5212	16792	28645	11853	58,6	7431
2009	108134	65548	23898	4960	18212	29492	11280	61,8	7108

^a: Números absolutos. TSO: Tratamiento sustitutivo con opioides.

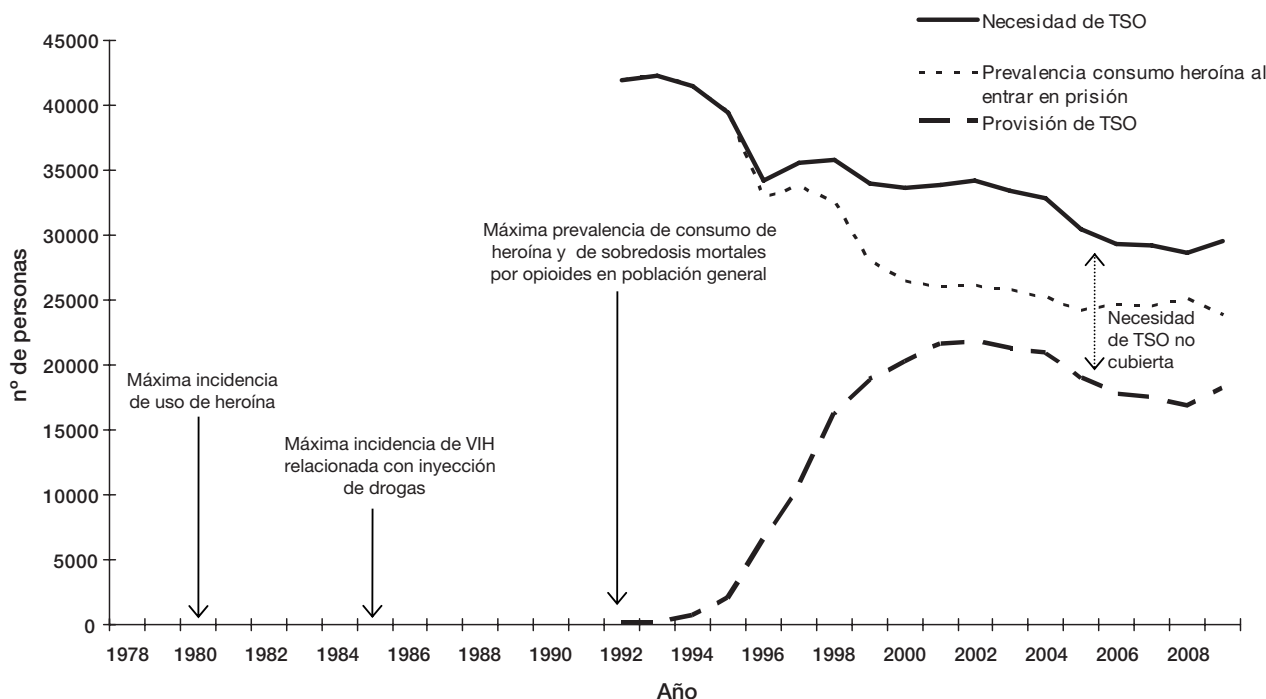
P: Nº de personas que han estado alguna vez ingresadas en prisión durante el año. MDP: Media diaria de personas en prisión en el mes de enero. HF: Nº de reclusos que habían usado heroína en los 30 días previos al ingreso en prisión; HP: Nº de reclusos que habían usado heroína en los últimos 30 días en prisión; NO: Nº anual de reclusos que necesitan TSO en las prisiones españolas; PO: Nº anual de personas a las que reciben en algún momento tratamiento con opioides en las prisiones españolas; NONC: Nº anual de reclusos que necesitan tratamiento con opioides pero no lo reciben (NONC = NO-PO); CO: Cobertura relativa de tratamiento sustitutivo con opioides en prisión [CO=(PO/NO)*100].

Tabla 2. Estimación de la necesidad, provisión y cobertura de tratamiento sustitutivo con opioides (TSO) en las prisiones españolas, 1992-2009

en que la cobertura de la intervención (TSO o PIJ) fue máxima. Además, en el caso de TSO la necesidad se evaluó también calculando el tiempo transcurrido entre el máximo de los indicadores de problemas o necesidad citados y el año en que se alcanzó un nivel medio o alto de cobertura de TSO. De acuerdo con las organizaciones internacionales, se definió “nivel medio de cobertura de TSO” como un 20-40% de los usuarios de opioides recibiendo TSO, y como un “nivel alto” como más de un 40% de los usuarios de opioides recibiendo TSO⁷. En el caso de los PIJ los criterios establecidos por estas organizaciones se refieren al número medio de jeringas distribuidas por ID y no son aplicables al medio penitenciario, porque en este medio la frecuencia de inyección por ID parece mucho menor que en el exterior.

RESULTADOS

Necesidad, provisión y cobertura de los TSO (tabla 2 y figura 1). Se ha estimado que en 1980 se había alcanzado en la población general la máxima incidencia del consumo de heroína y en 1992 la máxima prevalencia. Nuestra estimación indica que en prisión esta máxima prevalencia y consiguientemente, la máxima necesidad de TSO se alcanzó prácticamente al mismo tiempo (1992-93). Este tipo de tratamiento fue la primera de las dos medidas de reducción de daño implantada, justo en los años de máxima necesidad. Hasta 1996 su desarrollo fue prácticamente anecdótico, pero luego creció rápidamente, superando en 1998 el 40% que la OMS considera como umbral para considerar que existe una cobertura alta. Su desarrollo máximo



La necesidad de TSO es mayor que la prevalencia de consumo de heroína porque se asume que los sujetos que no consumen heroína y están recibiendo TSO también necesitan este tratamiento.

Figura 1. Evolución de la necesidad y de la provisión de tratamiento sustitutivo con opioides (TSO) para los consumidores de opioides ingresados en las prisiones españolas, 1992-2009.

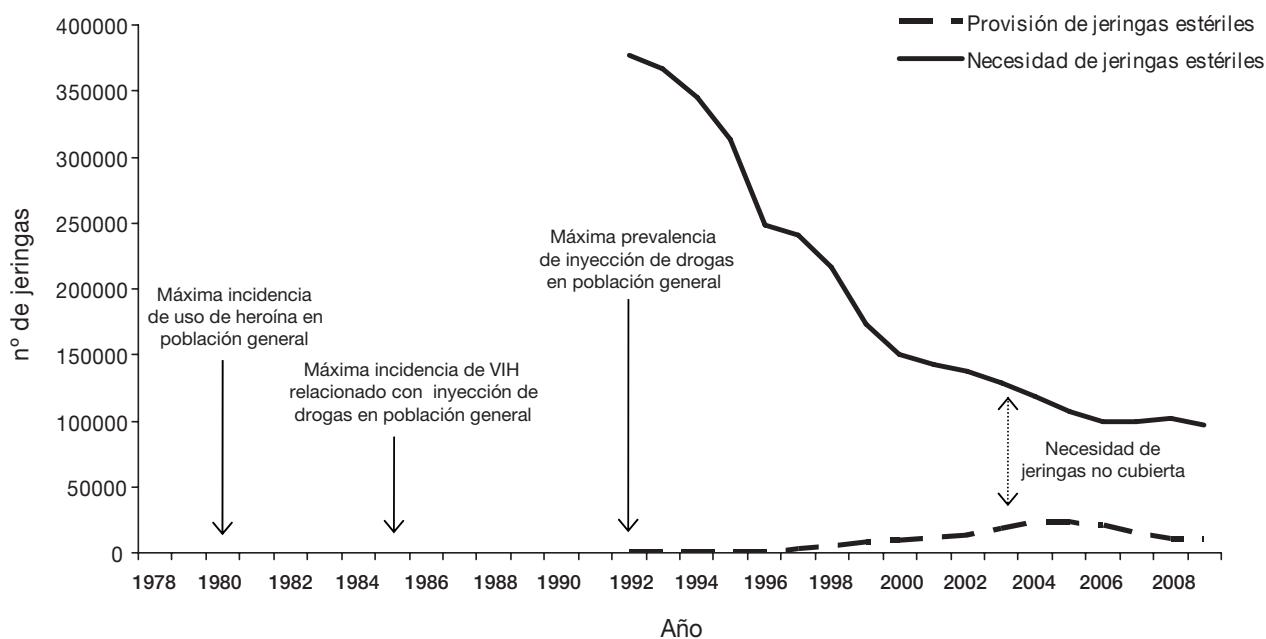


Figura 2. Evolución de la necesidad y de la provisión de jeringas estériles entre los inyectadores de drogas ingresados en las prisiones españolas, 1992-2009.

Año	Personas alguna vez en prisión durante el año ^a (P)	Media diaria de personas en prisión ^a (MDP)	Nº de ID al entrar a prisión (IF) ^a	Nº de ID en prisión (IP) ^a	Provisión de jeringas (PJ) ^a	Necesidad de jeringas en prisión (NJ) ^a	Necesidades de jeringas no cubiertas (NJNC) ^a	Cobertura de jeringas (CJ) (%)	Jeringas provistas por ID (JPI)
1992	92201	36210	41214	4579	0	377529	377529	0,0	0,0
1993	95815	39824	40099	4455	0	367315	367315	0,0	0,0
1994	96738	40747	37728	4192	0	345599	345599	0,0	0,0
1995	94603	38612	34199	3800	0	313273	313273	0,0	0,0
1996	81528	35898	27149	3017	0	248691	248691	0,0	0,0
1997	86327	37132	26286	2921	2582	240791	238209	1,1	0,9
1998	85811	38365	23684	2632	4943	216951	212008	2,3	1,9
1999	76351	38233	18897	2100	7056	173101	166045	4,1	3,4
2000	75105	39001	16448	1828	8584	150668	142084	5,7	4,7
2001	76876	41131	15529	1725	11339	142250	130911	8,0	6,6
2002	80907	44924	14968	1663	12970	137109	124139	9,5	7,8
2003	83514	48645	14030	1559	18260	128522	110262	14,2	11,7
2004	85684	51272	12938	1438	22356	118518	96162	18,9	15,6
2005	86701	52747	11618	1291	22989	106424	83435	21,6	17,8
2006	93112	55049	10894	1210	20626	99793	79167	20,7	17,0
2007	98278	57725	10860	1207	13998	99478	85480	14,1	11,6
2008	106560	63517	11082	1231	10582	101517	90935	10,4	8,6
2009	108134	65548	10543	1171	10038	96578	86540	10,4	8,6

^a: Números absolutos. ID: Inyectadores de drogas o inyección de drogas

P: Nº de personas que han estado alguna vez ingresadas en prisión durante el año. MDP: Media diaria de personas en prisión en el mes de enero. IF: Nº de reclusos que se habían inyectado drogas en los 30 días previos al ingreso en prisión; IP: Nº de reclusos que se habían inyectado drogas en los últimos 30 días dentro de prisión; NJ: Necesidad anual de jeringas en prisión (NJ=IP*IA); PJ: Nº de jeringas estériles distribuidas anualmente por los programas de intercambio de jeringas en prisión; NJNC: Nº de jeringas necesitadas pero no provistas por los programas de intercambio (NJNC=NJ-PJ); CJ: Cobertura de jeringas [CJ=(PJ/NJ)*100]; JPI: Nº medio anual de jeringas provistas por cada ID en prisión (SPI=SP/I).

Tabla 3. Estimación de la necesidad, provisión y cobertura de jeringas estériles para los inyectadores de drogas en las prisiones españolas, 1992-2009.

se logró en 2002, con 21.819 internos cubiertos en algún momento del año, lo que supuso alcanzar una cobertura del 63.8%, manteniéndose desde entonces en cifras cercanas al 60%. La reducción de la necesidad no cubierta se debió principalmente a un incremento de la provisión de tratamiento, aunque también contribuyó el descenso en la necesidad debido a un descenso continuado del número de consumidores de opioides que ingresaron en prisión.

Necesidad, provisión y cobertura de jeringuillas estériles (tabla 3, figura 2): asumiendo que se empleara una jeringa estéril por inyección, se estima que la máxima

necesidad fue en el año 1992 en que hubieran sido necesarias 377.529 jeringuillas, produciéndose a partir de ese momento una disminución abrupta y continuada hasta el año 2005, disminuyendo luego el ritmo de descenso. El primer PIJ en prisión se puso en marcha en 1997, año en el que se distribuyeron 2.582 jeringuillas, alcanzándose el máximo en 2006 (20.626), y disminuyendo luego en solo tres años a menos de la mitad. La cobertura máxima alcanzada fue del 20.7%, ahora bien, como puede comprobarse de forma gráfica en la figura 2, el componente fundamental tuvo que ver con el fuerte descenso de la necesidad, ocupando el incremento en

la provisión un papel más secundario. Además, el marcado descenso en la cobertura de los últimos años ha sido consecuencia de la bajada en la provisión.

Adecuación temporal u oportunidad de las intervenciones: Si se utiliza como referencia para calcular la oportunidad el año en que se alcanzó la máxima cobertura de TSO (2002), se observa que en aquel momento habían transcurrido 22 años desde el momento de máxima incidencia de uso de heroína (1980), 17 desde la máxima incidencia de VIH relacionada con la inyección de drogas (1985), 10 desde la máxima prevalencia de uso de heroína en la población española (1992), y 8 desde la máxima necesidad de TSO (1994). La máxima cobertura de los PIJ en prisión se alcanzó en 2005, y la máxima necesidad de jeringas en 1992 (o 1991), por lo que el retraso es 3 años más que para los TSO.

Si se utiliza como referencia para calcular la oportunidad el año en que se alcanzó un “nivel medio de cobertura de TSO” (1997), se observa que en aquel momento habían transcurrido 17, 12, 5 y 3 años, respectivamente, desde el máximo de los indicadores de problemas y necesidad definidos anteriormente. El “nivel alto de cobertura de TSO” (>40%) se alcanzó un año después (1998).

DISCUSIÓN

Hasta donde conocemos, éste es el primer estudio que analiza la oportunidad y la evolución temporal de las necesidades de jeringuillas y tratamiento sustitutivo con opioides (TSO) en los inyectadores de drogas y consumidores de opioides en prisión en el conjunto de España, incluyendo en el análisis estimaciones de las necesidades, así como de la cobertura conseguida y las necesidades no cubiertas. Hasta el momento todos los análisis se habían limitado a describir la provisión sin analizar su relación con las necesidades. Tampoco conocemos estudios similares en otros países.

El primer hallazgo relevante es el enorme retraso con el que dichas medidas fueron puestas en marcha: entre 8 y 25 años, según los indicadores de evolución de las epidemias de consumo de heroína o de necesidad y los indicadores de provisión que utilizamos en la comparación. Obviamente, este retraso podía deducirse con facilidad del análisis de la implementación de éstas medidas en la comunidad²², pero no había sido explicitado. La estimación más conservadora (8 años) resultaría de comparar el máximo de la necesidad, que se alcanzó en el año 1994 y el momento en el que se alcanzó la máxima cobertura de TSO (2002). Ahora bien, el momento en el que el mayor

número de consumidores podían haberse beneficiado de estos programas no es el momento en el que más beneficio podría haberse obtenido. Es obvio que ya entonces se habían infectado por VIH una gran parte de los mismos. Por eso, desde la perspectiva del impacto en la prevención de esta infección, es indiscutible que 1985 (máxima incidencia de infección entre los consumidores) es un momento de referencia más importante. Considerando que el VIH y la hepatitis C son enfermedades transmisibles y que el consumo de drogas y sus conductas de administración se difunden como innovaciones, con patrones que remedan en cierta forma las epidemias infecciosas, parece evidente que se perdió una gran parte de la potencialidad preventiva. Por un lado, una alta proporción de las personas a riesgo ya estaban infectadas en el momento de la implementación de estas políticas³, y por otro, para obtener un impacto determinado en cuanto a reducción de infecciones debía entonces lograrse una mayor disminución de las conductas de riesgo, pues cualquier conducta que posibilite la transmisión tiene en estas fases una mayor probabilidad de adquisición de la infección por la alta prevalencia de infectados. Debe puntualizarse que al menos por lo que se refiere a la epidemia de VIH, los cinco o seis primeros años tendrían que descontarse, pues no fue hasta 1985-86 cuando se pudo ser consciente de la magnitud de la misma entre los ID y, por lo tanto en las prisiones²².

La siguiente evidencia es que los TSO, que fueron la primera de las dos medidas desarrolladas, alcanzaron ya en el año 1998 coberturas de alto nivel según los estándares planteados por la OMS para la comunidad (>40%)⁷, consiguiendo y manteniendo luego niveles mucho más altos, alrededor del 60%. Además, el desarrollo de esta medida corrió paralelo a lo realizado fuera de las prisiones²³. Por el contrario, la provisión de jeringuillas, se puso en marcha 5 años más tarde y en el año de máxima cobertura (2005), sólo distribuyó una de cada cinco de las que hubieran sido necesarias. Esta inferior cobertura de jeringuillas también ocurrió en la estimación en los programas comunitarios²³. Ahora bien, el descenso a la mitad en la provisión que se ha producido en los años 2007-2008 no parece que pueda en absoluto justificarse por una disminución paralela en la necesidad al reducirse el número de inyectadores, como se ha sugerido^{13,17}. La disminución de la necesidad estimada en este corto período de tiempo ha sido muy modesta. La percepción generalizada de que la inyección no es ya un problema puede estar haciendo que en la práctica los PIJ estén comenzando a desaparecer y que el teórico derecho de los internos a solicitar jeringuillas al personal sanitario no se esté ejerciendo. Como pasa

muchas veces, la disminución de la prioridad de un problema puede traducirse en una peor atención al más reducido número que lo siguen padeciendo. Esta situación podría verse favorecida con un servicio cuya instauración fue evidentemente una conquista social y de salud pública, pero frente a cuyo ejercicio es seguro que siguen existiendo enormes reticencias. Si bien la cobertura en el presente original está estimada de una forma muy exigente, al asumir una jeringuilla por inyección, también es verdad que, mientras fuera de la prisión las jeringuillas estériles pueden conseguirse libremente en las farmacias, dentro no existen otras formas legales de aprovisionamiento. El no haber conseguido una cobertura alta de jeringuillas podría haber reducido la efectividad del TSO, pues modelos teóricos recientes sugieren que la combinación de una alta cobertura de ambas medidas, así como de los tratamientos antiretrovirales, es mucho más efectiva que niveles más altos de una intervención única²⁴. Aunque no hemos podido analizarlo por no disponer de datos publicados desagregados por centro, no es difícil hipotetizar que existen importantes diferencias según los centros penitenciarios en las coberturas de las dos medidas de reducción de daños analizadas, y que muy probablemente sean especialmente relevantes en el caso de las jeringuillas donde la actividad de algunos programas habrá sido especialmente notoria, mientras en otros lugares será simplemente testimonial.

Demostrar la eficacia y el impacto de la implantación de las medidas de reducción de daño con buenas medidas de resultado final (descenso de la incidencia de infecciones por VIH, por ejemplo) no es una tarea fácil pues resulta muy complicado llevar a cabo estudios de magnitud y duración suficiente y cumplir determinados requerimientos metodológicos (representatividad, buenas tasas de seguimiento, etc.) teniendo en cuenta las características de los consumidores de drogas ilegales, especialmente inyectadores. Sin embargo, la evidencia acumulada sobre la eficacia de dichas medidas en la comunidad es ya muy amplia, tanto, para los TSO como para los PIJ^{14, 25-29}. No sucede lo mismo en las prisiones³⁰. En primer lugar, estos programas, en especial los PIJ, han sido implementados en muchos menos lugares. En la mayoría de los casos (sobre todo los primeros que fueron puestos en marcha en cada país) fueron sometidos a una evaluación en su fase inicial. Sin embargo, una mirada exigente y crítica a una revisión reciente⁵ pone en evidencia que estas evaluaciones se centraron en el análisis de los potenciales efectos secundarios, y que las medidas de efecto consideradas tenían que ver fundamentalmente con cambios autoinformados en las conductas de riesgo y que sólo algunas incluyeron medidas de efecto de inci-

dencia de infección, siendo además sus resultados de muy limitado valor por su escasa potencia. Sin lugar a dudas, las evidencias más consistentes derivadas de la evaluación de estos programas, tanto en España^{31, 32}, como en otros países⁵, tienen que ver con la no existencia de esos efectos secundarios que quienes se oponían a su desarrollo esgrimían y siguen manejando como principales argumentos para oponerse. El principal, también esgrimido de forma reiterada frente a los PIJ comunitarios y también descartado por las evidencias^{31, 33}, era que podían promover la inyección. En la prisión se añadían el riesgo que la disponibilidad de jeringuillas podía suponer para los otros internos o los funcionarios. Costaba y sigue costando entender que es posible armonizar los objetivos del sistema jurídico-penal y los de salud pública¹¹.

El presente original no ha abordado la evaluación de la eficacia en términos de resultados, sino simplemente de indicadores de proceso. Somos conscientes de las fuertes limitaciones de determinadas evaluaciones rápidas de resultados basadas en el análisis de la tendencia de algunos indicadores sobre incidencia o prevalencia de algunas enfermedades así como de la provisión de servicios. Disponer de estos indicadores debe ser considerado también un logro relevante. Es obvio que estos indicadores muestran que la situación de salud de los internados en cárceles españolas ha cambiado de forma radical en los últimos 20 años por lo que hace referencia a algunas enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis B y C y tuberculosis, especialmente). Ahora bien, deducir que este cambio es debido fundamentalmente a la implantación de las políticas de reducción de daño debe contemplarse como una hipótesis para cuya confirmación no disponemos de evidencias científicas fuertes, que no sean fáciles de rebatir por quienes siguen estando en contra de su desarrollo. La principal hipótesis explicativa del mismo es el descenso del porcentaje de internos que se han inyectado en alguna ocasión. El análisis geográfico de la evolución de este descenso, el que su inicio fuera anterior a que se fuera consciente del problema de la infección por VIH y su no asociación geográfica con las políticas de prevención de VIH puestas en marcha por diferentes CCAA, hacen pensar que este descenso radical del mismo no parece que tenga como causa principal las políticas de salud²². Hemos de tener en cuenta que, la población consumidora de drogas es una población dinámica cuyo tiempo de riesgo sucede en gran parte en la comunidad. Creemos que la información que ofrecen los indicadores de vigilancia epidemiológica debe ser analizada con más profundidad que un simple análisis de su tendencia cruda (como se ha hecho hasta el momento), pero

mucho nos tememos que tampoco este análisis pueda producir evidencias fuertes de si estas políticas han sido eficaces o no.

Es obvio que la evaluación de proceso que se ha presentado aquí adolece de limitaciones que conviene señalar, especialmente relevantes en la estimación de la necesidad. En primer lugar hay que remarcar que la tendencia de la misma se ha basado en determinadas asunciones. La más notoria, que la relación entre la prevalencia de inyección en los 30 días antes de entrar en prisión y en los treinta anteriores a la entrevista en el estudio de 2006 se mantenía durante todos los años. Probablemente no sea cierto y en los primeros años dicha razón fuera menor (no había TSO en prisión), con lo que el número de inyectadores en prisión en dichos años estaría infraestimado y la cobertura supraestimada. Creemos también que la naturaleza autoinformada de la inyección hace que debamos considerar que seguramente existe una infradeclaración de dicha conducta, que puede ser especialmente alta para la inyección en prisión, así como para la inyección antigua entre personas que hace tiempo que ya no emplean esta vía. También es necesario volver a remarcar que no se incluyen los datos correspondientes a la CA de Cataluña, aunque probablemente las conclusiones no cambiarían sustancialmente, al menos por lo que a TSO se refiere.

Podríamos concluir que, aunque tarde, en España se tuvo el coraje de poner en marcha intervenciones de reducción del daño/salud pública con eficacia demostrada en la comunidad, pero contra cuya instauración en prisiones existía una fuerte oposición de algunos sectores sociales y que no muchos países han desarrollado; que la provisión de sustitutivos opiáceos alcanzó coberturas muy altas mientras que la de jeringuillas fue mucho más modesta y parece que se ha reducido muy fuertemente en los últimos años. Por lo tanto, se han de seguir haciendo esfuerzos para conservar las coberturas alcanzadas y para que el evidente descenso en el número y porcentaje de consumidores de opiáceos y de inyectadores entre los internos no se traduzca en una justificación para reducir la atención a los mismos.

CORRESPONDENCIA

José Pulido Manzanero
Instituto de Salud Carlos III
Centro Nacional de Epidemiología. Pabellón 12
Avda. Monforte de Lemos, 5
28029 Madrid
jpulido@isci.es
Telf: 918 222 699

FINANCIACIÓN

Este trabajo fue financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD 2011/059) y por la Red de Trastornos Adictivos (RD06/0001/1018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Lardelli P. Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *Int J Epidemiol.* 1994; 23: 805-11.
2. Sanchez-Niubo A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A. Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction.* 2009; 104: 248-55.
3. Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998. *Med Clin (Barc).* 2000; 115: 85-9.
4. de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública.* 2006; 80: 505-20.
5. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009; 9: 57-66.
6. Arroyo-Cobo JM. Public health gains from health in prisons in Spain. *Public Health.* 2010; 124: 629-31.
7. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2009.
8. Martín-Sánchez M. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en Instituciones Penitenciarias. *Revista de Estudios Penitenciarios Monográfico de Sanidad Penitenciaria.* 1990; Extra-1: 51-67.
9. Shapshak P, McCoy CB, Shah SM, Page JB, Rivers JE, Weatherby NL, et al. Preliminary laboratory studies of inactivation of HIV-1 in needles and syringes containing infected blood using undiluted household bleach. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994; 7: 754-9.
10. Gleghorn AA, Doherty MC, Vlahov D, Celentano DD, Jones TS. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994; 7: 767-72.

11. Barrios Flores LF. Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003; 5: 21-9.
12. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario. Programa Marco. Madrid: Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
13. Hernández-Fernández T, Arroyo-Cobo JM. Results of the Spanish experience: A comprehensive approach to HIV and HCV in prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 12: 86-90.
14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: EMCDDA; 2011.
15. Vlahov D, Des J, Goosby E, Hollinger PC, Lurie PG, Shriver MD, et al. Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: epidemiology and policy. *Am J Epidemiol.* 2001; 154: S70-S77.
16. Población reclusa [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011 [actualizado 23 aug 2011; citado 16 nov 2011]. INE; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_justicia.htm.
17. Informe General 2009. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2011 [citado 22 dic 2011]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2009.pdf.
18. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Evaluación terapéutica del drogodependiente que ingresa en prisión. Madrid: Ministerio del Interior; 1994.
19. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estudio sobre Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo. Madrid: Ministerio del Interior; 2000.
20. Oñorbe J, Silvosa G, coord. Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007 (citado: 15 nov 2009). Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>.
21. Statistical bulletin 2011. Drug users in prison [Internet]. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2004 [actualizado 04 nov 2011; citado 16 nov 2011]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11>.
22. de la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suarez M, Rodes A, et al. Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clin Infect Dis.* 2003; 37: S410-S415.
23. Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, Díez M, Regidor E, Belza M, et al. Harm reduction interventions for drug injectors or heroin users in Spain: expanding coverage as the storm abates. *Addiction* [Internet] 2012 Jun [citado 2012 Jun 5]; 107 (6): 1111-22. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03759.x.
24. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet.* 2010; 376: 285-301.
25. World Health Organization. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. [citado 04 nov 2011] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html.
26. World Health Organization. Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
27. van den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction.* 2007; 102: 1454-62.
28. Kerr T, Small W, Buchner C, Zhang R, Li K, Montaner J, et al. Syringe sharing and HIV incidence among injection drug users and increased access to sterile syringes. *Am J Public Health.* 2010; 100: 1449-53.
29. Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 89: 214-22.
30. Larney S. Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. *Addiction.* 2010; 105: 216-23.
31. García Villanueva M. Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona. *Rev Esp Sanid Penit.* 2002; 4: 18-23.
32. Menoyo C, Zulaica D, Parras F. Needle exchange programs in prisons in Spain. *Can HIV AIDS Policy Law Rev.* 2000; 5: 20-1.
33. Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, de la Fuente L, Suárez M, Brugal MT. More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain. *Soc Sci Med.* 2007; 65: 1773-8.