

## EDITORIAL Sida y Prisión

### *Las cárceles: un lugar para la prevención*

La epidemia de SIDA en España, desde que en 1981 se diagnosticó el primer caso, fue creciendo rápidamente hasta convertirse, ya en 1990, en el país europeo con tasas más altas. Dicha epidemia mostró además desde el principio unas características diferentes a las del resto de países de nuestro entorno, condicionadas por un predominio de casos en usuarios de drogas por vía parenteral.

Varios son los factores que podríamos mencionar en un intento de explicar el por qué de este particular comportamiento de la epidemia en nuestro medio. Probablemente las especiales circunstancias políticas, económicas, sociales, etc., de la España de la década de los 70 contribuyeron a la extensión del fenómeno del consumo de drogas, en un momento en que, aunque todavía sin “dar la cara”, el VIH ya había hecho su aparición. La lentitud en dar respuesta a este nuevo problema por parte de las distintas administraciones implicadas, sin duda favoreció la diseminación de la infección por VIH entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) hasta alcanzar dimensiones dramáticas.

Dado que muchos usuarios de drogas sin recursos económicos cometen pequeños delitos para financiarse su consumo diario que provocan su ingreso en prisión, la infección por VIH se convirtió pronto en un grave problema de salud pública en las cárceles españolas. Según datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en 1990, con casi un 50% de reclusos usuarios de drogas, la prevalencia de VIH entre los presos se acercaba al 30%.

Afortunadamente la situación ha empezado a cambiar. En los cuatro últimos años los casos de SIDA han disminuido más de un 45% en conjunto y un 52% en la categoría de usuarios de drogas. Este descenso es atribuible en parte a la aplicación de las nuevas terapias antirretrovirales, que retrasan la aparición de las patologías definitorias de caso de SIDA, pero no es menos cierto que los esfuerzos realizados en materia de prevención han empezado a dar sus frutos. La monitorización de la prevalencia de VIH y de prácticas de riesgo en diferentes colectivos (UDI, hombres con prácticas homosexuales, pacientes de

centros de ETS, presos y otros) ponen de manifiesto que la incidencia de nuevas infecciones en estos grupos de población está disminuyendo.

Junto con las campañas y programas de educación sanitaria, la normalización del uso del preservativo y las medidas adoptadas para mejorar su accesibilidad, en el caso concreto de los usuarios de drogas, la incorporación progresiva a los servicios de atención a drogodependientes de la filosofía de “reducción de daños” y la extensión de estos programas (de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas, etc.) por todo el territorio español, ha jugado probablemente un papel decisivo en este cambio.

La Administración Penitenciaria española ha hecho un esfuerzo extraordinario para mejorar la salud de los internos, apoyar la formación de sus profesionales y equiparar su nivel de calidad asistencial al de otros servicios sanitarios extrapenitenciarios. De hecho podríamos decir que España ha sido pionera en la puesta en marcha de medidas para prevenir el VIH y otras patologías (tuberculosis, hepatitis y otras) frecuentes en los centros penitenciarios y en entender que, para muchas personas, la estancia en la cárcel puede ser una oportunidad única para acceder, no sólo a tratamientos, sino también a educación sanitaria y programas de prevención. A principios de los noventa, España marcó un hito, al instaurar como norma la distribución de lejía y preservativos a los internos. Algunos años después, no sin dificultades, se pusieron en marcha los primeros programas de mantenimiento con metadona, hoy extendidos a todas las prisiones.

En los próximos años, se enfrenta a dos nuevos retos: hacer accesibles los conocimientos y avances científicos, tanto en el terreno diagnóstico, como de prevención y de tratamiento de los pacientes, al personal sanitario y dar un paso más en la reducción de daños, equiparando la oferta de estos programas, en la medida de lo posible, a la que existe en el exterior.

Durante muchos años, el intercambio de jeringuillas en prisión ha sido un tema tabú, frente al que se oponían (y todavía hoy se oponen) serias reticencias

centradas básicamente en su supuesta "ilegalidad" y "peligrosidad" y en la desconfianza hacia la efectividad y oportunidad de estos programas dentro de las cárceles. Sendas propuestas del Parlamento Vasco y Navarro, originaron la puesta en marcha con carácter piloto de los dos primeros programas de intercambio de jeringuillas en centros penitenciarios en España. Las conclusiones de la evaluación de los dos, después de dos y un año respectivamente de funcionamiento, no dejan lugar a dudas: el intercambio de jeringuillas dentro de prisión es viable y además es efectivo. Ambos constatan una disminución de las prácticas de riesgo de inyección y de la patología infecciosa asociada a ésta entre los usuarios que acuden al programa, que éste facilita la educación sanitaria y la derivación de los usuarios a otros programas de tratamiento de la drogodependencia, así como una ausencia total de conflictividad en relación con el programa. No hay por tanto argumentos que justifiquen retrasar más la implantación de estos programas en otras cárceles.

El Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000, aprobado en 1997, se planteó entre sus objetivos en relación con la prevención del VIH en usuarios de drogas inyectadas, además de disminuir la frecuencia de uso de esta vía y del uso compartido de material de inyección, promover la educación sanitaria y consejo sobre sexo más seguro y formas más seguras de inyección desde los programas de reducción de daños, incrementar la oferta y la cobertura de éstos dentro y fuera de prisión, incluidos programas de intercambio de jeringuillas, mejorar la formación en educación para la salud y técnicas de

consejo de los profesionales que trabajan con estas poblaciones, además, evidentemente de la prevención de la transmisión sexual de la infección.

En base a estas líneas directrices, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA ha establecido un plan de trabajo específico con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, que se ha traducido en la puesta en marcha de varios programas de intercambio de jeringuillas, a los que se incorporarán más en un futuro próximo y en la creación de un grupo de trabajo específico, coordinado desde la propia Secretaría del Plan Nacional, para establecer una metodología y criterios mínimos de funcionamiento y evaluación que impulse un desarrollo homogéneo de estos programas. Además, se ha definido un plan de formación continuada, tanto de los profesionales en el manejo de pacientes VIH, reducción de daños y técnicas de educación para la salud, como de los propios internos, estimulando su papel como mediadores de salud.

Pero queda mucho por hacer. Las drogas y la infección por VIH seguirán estando con nosotros en el futuro y probablemente nos enfrentarán a problemas y dificultades nuevas, para las que tendremos que diseñar nuevas estrategias de respuesta. Debemos estar preparados para ello y, desde aquí, animamos a la Administración Penitenciaria y a sus profesionales a seguir trabajando con el mismo compromiso e ilusión demostrado hasta ahora para mejorar la salud y condiciones de vida de sus enfermos.

Francisco Parras Vázquez  
Secretario del Plan Nacional sobre el SIDA