

Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea

JM Arroyo

European Network on HIV/Hepatitis Prevention in Prisons

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión sobre algunos aspectos de la organización de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la UE, utilizando la información que sobre este tema contiene el último informe de la Red Europea para la prevención del VIH y la Hepatitis en prisión, elevado a la Comisión Europea. Se pretende hacer un análisis comparativo de las diferentes organizaciones en el cuidado de la salud de los reclusos en la UE. El trabajo muestra las importantes diferencias de estructuras, recursos y políticas que las distintas administraciones ponen en práctica en los distintos países para cubrir este servicio público. El fenómeno de la peculiaridad de cada legislación penitenciaria, de cada centro penitenciario y aún de cada población penitenciaria marca también la organización de la atención sanitaria en las prisiones. A pesar de ello, algunos problemas asistenciales se repiten, como por ejemplo la adecuada derivación de los internos para atención especializada, la evaluación y efectividad de los programas de actuación contra las drogas, o contra las enfermedades infecciosas relacionadas con ellas y el desarrollo adecuado de programas de salud mental. Quizá la tarea siguiente sea encontrar una base común entre los sanitarios penitenciarios para aportar soluciones a estos complejos problemas.

Palabras clave: Prisiones. Servicios Médicos de la Administración. Unión Europea.

ASPECTS OF PRISON HEALTH CARE IN MEMBER STATES OF THE EUROPEAN UNION

ABSTRACT

The objective of this study is to analyse how prison health care is organised and maintained in member states of the E.U. The data used for this study is based on the recent report carried out by the European Commission Network on the prevention of HIV and Hepatitis amongst prison inmates. Consequently, a comparative analysis has been made of health care provisions in different countries in the E.U. This paper shows that there are great differences in terms of structure, resources and policy as regards as how each country puts this public health service into practice. Factors such as national penitentiary legislation, the manner in which way each prison functions in this respect, and inmates health needs create conditions that are unique, it is difficult to find an organised framework that can provide an answer to such diverse problems. There are diverse categories in each prison population that requires individual solutions, however some problems are repeated like, inmates in need of secondary health care outside penitentiary health facilities, the validity and effectiveness of programs against drugs, transmissible diseases, or mental health care in the prison population. Perhaps the next task is to find common ground amongst prison health care staff so as to be able to find solutions to such complex health difficulties

Key Words: Prisons. Health Services Administration. European Union.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis comparativo de algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en las prisiones europeas utilizando principalmente el último de los informes con datos de 1998 de la Red Europea para la prevención del VIH y la hepatitis en prisión¹.

L' Observatoire Regionale de la Santé Provence, Alpes, Cote d'Azur (ORS, Marseille), que es un organismo para el estudio de los problemas sanitarios y sociales de esta región francesa¹, junto con el Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) el Instituto Científico de la Asociación Alemana de Médicos, iniciaron en 1995 un proyecto financiado por la Unión Europea (UE) con el objetivo de crear una red internacional para la prevención de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis viral en las prisiones. El procedimiento elegido es el estudio de las conductas de riesgo y del desarrollo de estrategias comunes de prevención primaria en las prisiones. Esta Red Europea para la prevención del VIH y la Hepatitis en prisión, fue fundada con la cooperación de seis estados miembros de la UE y se extendió en 1997 a la totalidad de los quince estados.

Las principales actividades de esta red han sido la obtención de datos sobre el VIH y la hepatitis en prisión en cada estado de la UE a través de informes anuales de los países miembros, la difusión de estos datos en foros científicos junto a la organización de estudios multicéntricos y la celebración de conferencias internacionales sobre temas de sanidad penitenciaria.

TIPO DE POBLACIÓN RECLUSA Y SISTEMA PENITENCIARIO

El Consejo de Europa ha hecho públicas una serie de recomendaciones² para los países de la UE (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Suecia, Escocia e Inglaterra y Gales) en relación con el cuidado médico de los sujetos en prisión. En líneas generales el Comité de Ministros de la Comunidad considera que la atención sanitaria en las prisiones debe ser de la misma calidad que la que se presta a los ciudadanos en libertad, poniendo especial atención en el cuidado de las enfermedades psiquiátricas y en el de las transmisibles, en especial las relacionadas con el VIH. El número de prisiones en los países de la UE es actualmente de 1.257, un corte transversal daría como resultado un total de 322.753 reclusos, de los cuales alrededor del 30% están a la espera de juicio,

salvo en Italia donde este porcentaje es del 46% o en los Países Bajos donde llega al 60%.

La población reclusa femenina en los países comunitarios está en torno al 4% excepto en Portugal y España donde este porcentaje se multiplica por dos. El tramo de edad más frecuente entre los reclusos de la U.E. es el comprendido entre los 30 y los 40 años. El número de internos ha ido ascendiendo en los últimos años en todos los países salvo en Finlandia, donde está descendiendo. En Bélgica se alcanzó un 160% de ocupación en 1994-95 lo que obligó a adoptar medidas muy protestadas por la opinión pública, que facilitaban la libertad condicional a reclusos a la espera de juicio.

Un fenómeno que ha contribuido en muchos países a la superpoblación penitenciaria ha sido el movimiento de refugiados por cuestiones económicas, como el ocurrido en Grecia con población marginal Albanesa o en Bélgica con personas procedentes de Africa Central, mujeres sobre todo, con una alta incidencia de seropositividad para el VIH. Esta inmigración marginal podría también explicar los altos porcentajes de internos extranjeros en países como Holanda (51%) o Luxemburgo (56%). En estados con menor desarrollo económico dentro de la Unión el tanto por ciento de internos extranjeros es también mucho menor, Irlanda tiene 7,6%, Portugal un 13% o España un 17%.

El tamaño de las prisiones en los distintos estados miembros es muy variable, hay algunos países con numerosos centros pequeños como Italia, Holanda, Suecia o Alemania, mientras que otros estados optan por un número menor de centros con mayor capacidad de población reclusa en cada uno, como ocurre en Inglaterra y Gales o España. Es interesante comparar el número de reclusos respecto al total de la población residente en cada estado³, lo que aparece en la tabla I con datos de 1999 en un corte transversal.

El porcentaje de población reclusa atendida por la sanidad penitenciaria en cada Estado debería contar al menos, con un presupuesto igual al que se destina para la atención primaria a un tanto por ciento similar de población general no reclusa, aunque, si tenemos en cuenta la concentración de riesgos de padecer enfermedades en los reclusos, en especial trastornos mentales y/o relacionados con la drogadicción por vía parenteral, como son la infección por VIH, la Hepatitis o la Tuberculosis (TBC), probablemente este presupuesto debería ser mayor. La prioridad de una respuesta adecuada a los problemas de salud en esta población debe ser tenida en cuenta por las autoridades competentes, ya que la mayoría de los reclusos cuando están en libertad, acuden muy rara vez a los recursos sanitarios públicos tradicionales. La labor de la sanidad penitenciaria en estos casos es de máxima importancia desde el

Tabla I.

Estado	N.º de internos	Población residente	% Población atendida
Alemania	64.704	82.190.000	0,078
Austria	6.145	8.161.000	0,075
Bélgica	8.580	10.188.000	0,084
Dinamarca	3.311	5.248.000	0,063
España	39.292	39.717.000	0,098
Finlandia	2.806	5.142.000	0,054
Francia	53.000	59.526.000	0,089
Grecia	7.280	10.522.000	0,069
Holanda	11.579	15.661.000	0,073
Irlanda	2.182	3.559.000	0,061
Italia	47.560	57.241.000	0,083
Luxemburgo	380	417.000	0,091
Portugal	14.598	9.802.000	0,148
Reino Unido	71.009	58.200.000	1,220
Suecia	5.052	8.844.000	0,057

punto de vista de la salud pública y debiera contemplarse en unos presupuestos adecuados para que pueda asegurarse una atención de igual calidad a la del resto de ciudadanos no encarcelados. Los principales servicios sanitarios y en muchos casos los únicos de atención médica para esta población marginal, son precisamente los que proporciona la sanidad penitenciaria.

Como se recoge en informes del Consejo de Europa² en muchos estados miembros se están organizando y regulando las relaciones entre la estructura de los servicios sanitarios de las prisiones y el sistema nacional de salud. Para el Consejo de Europa debe establecerse una clara división de autoridad y responsabilidad entre el organismo al cuidado de la salud de los internos y otros ministerios competentes en el funcionamiento de los centros penitenciarios².

Este Organismo Europeo no hace recomendaciones sobre la naturaleza pública o privada del servicio sanitario de los establecimientos penitenciarios¹, de hecho en algunas prisiones europeas este servicio depende de una empresa privada. Así en Francia, U.K., Holanda, España o Alemania, se contratan médicos o A.T.S. para este cometido, aunque la responsabilidad última y la organización de estos servicios depende de la administración. En Francia, el Ministerio de la Salud desde 1994 es el responsable de la atención médica de los reclusos⁴, mientras que en España o en Italia, lo es el Ministerio del Interior. En los últimos años se ha puesto en marcha un modelo mixto de cobertura asistencial como el que aplica U.K. y Holanda por ejemplo, en este último país hay Centros de funciona-

miento absolutamente privado, se trata de Centros Psiquiátricos cerrados para delincuentes juveniles, que funcionan por acuerdos de resultados con el Ministerio competente, en este caso el de Justicia, concretamente la Agencia Nacional de Servicios Correccionales (DJI). En Alemania el sistema penitenciario es responsabilidad de cada uno de los distintos estados federales, desde la unificación de la Alemania del Este en octubre de 1990, hay once distintas administraciones penitenciarias y se observan importantes diferencias cualitativas tanto entre las prisiones como entre las administraciones estatales penitenciarias de cada Estado, así tradicionalmente los Centros Penitenciarios de los estados del sur como Baviera, Baden-Württemberg o la Baja Sajonia, tiene un régimen de vida más duro que en los estados del norte como Berlín, Bremen o Hamburgo.

En Italia el Sistema Sanitario Penitenciario está formado por profesionales que trabajan desde diferentes instituciones, se trata de médicos y profesionales de la enfermería que pueden depender, bien del Ministerio de Justicia, bien del Ministerio de la Salud, o bien estar contratados como trabajadores por cuenta propia, sobre todo como especialistas. En este país en los últimos años se está dando una especial importancia a la atención sanitaria en las prisiones. En una Ley Nacional de 30 de noviembre de 1998 se dice que el Servicio Público de Salud se hará cargo de la responsabilidad y la financiación para el mantenimiento de la salud en los Centros Penitenciarios, una ley cuyo desarrollo será probado en tres regiones italianas.

PROBLEMAS DE SALUD Y TIPO DE DELITOS

Los delitos que tienen relación con la drogadicción por vía parenteral son los que aportan el mayor número de patologías atendidas por la sanidad penitenciaria en los países miembros de la UE. En la casi totalidad de los estados, estos delitos han ido aumentando progresivamente desde los años 70. Por ejemplo en Bélgica hay evidencias de que esta tendencia ha elevado los consumidores y los traficantes de droga recluidos, en 1994 un 50% de los detenidos tenían relación con estos delitos⁵, llegando en algunos centros hasta el 70%⁶; un dato curioso es que hay un mayor porcentaje relativo de mujeres que de hombres condenados por estos hechos. En Dinamarca en 1998 un 34,6% de los reclusos y un 51,2% de las reclusas eran drogodependientes con una media de edad de 30,1 años, de todos ellos un 31% eran ADVPs, entre los reclusos, un 10,5% se inyectaban drogas. En este país la proporción de inyectores entre los drogodependientes ha ido descendiendo desde que alcanzara en 1980 un 50%.

En Inglaterra y Gales el 63% de los detenidos varones en 1998 se habían inyectado drogas en las cuatro semanas anteriores a su arresto, un tercio de ellos admitieron que compartían jeringuillas. El 7,1% de los encuestados dijo pincharse dentro de la prisión, de éstos, solo una cuarta parte no compartía jeringuillas. Un 1,3% de un total de 2.769 internos encuestados informó que se había inyectado droga por vez primera en prisión¹. Entre las detenidas el 29% informaron haberse inyectado drogas en algún momento antes de su detención, de éstas el 78% de forma diaria y un 38% de ellas compartiendo jeringuillas. La proporción de las que continuaban inyectándose en prisión fue prácticamente igual a la de los hombres, un 7,1%, de éstas un 69% compartiendo material de inyección. Los datos disponibles sobre los jóvenes delincuentes en esta zona del Reino Unido indican que tan sólo un 4,2% de ellos son ADVPs, de los cuales solamente un 42% eran inyectores habituales, compartiendo jeringuillas un 18% de éstos. Entre los reclusos un 0,14% declaró haberse pinchado por vez primera en prisión.

Respecto a la drogadicción en Alemania, hay unas estrictas y duras penas para el tráfico de drogas, sin embargo para el caso de los delincuentes adictos se aplica la máxima "terapia antes que sentencia" por lo que el tratamiento de la drogadicción con internamientos compulsivos en hospitales o centros de desintoxicación se antepone al cumplimiento de la pena. Si se encuentra una pequeña cantidad de droga para uso personal, en determinadas condiciones se puede evitar la condena criminal según la máxima "ayuda antes que sentencia".

En Holanda la Institución ocupada del control administrativo de los reclusos, el Bureau Geneeskundige Inspectie, estimó en 1992 basándose en informes voluntarios de los institucionalizados que el 50% de la población penal era adicta a drogas, otros autores recientemente han encontrado índices de ADVP entre el 29% y el 44% en esta población⁷⁻⁸. Un estudio en 1996 indicó que el 36% de los reclusos en Holanda eran consumidores de heroína y un 20% de cocaína⁹.

La posesión de drogas dentro de las prisiones está castigada en todos los reglamentos penitenciarios de los países de la UE, al menos con una sanción de aislamiento. Hay una excepción, que son los módulos en los que se ha implantado un programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), por ejemplo los que funcionan en fase de experimentación en algunas prisiones españolas como la de Basauri, en Bilbao, o la de Pamplona.

Los reglamentos penitenciarios recogen medidas de distinto nivel, encaminadas a la reinserción social de los reclusos en todos los países miembros, sin embargo normas progresistas como el derecho de los reclusos a una visita íntima periódica sólo se recogen en los reglamentos penitenciarios de Holanda, Suecia o España.

El Consejo de Europa² enfatiza la necesidad de los exámenes médicos de los reclusos al ingreso en los centros y la importancia de que reciban una adecuada educación para la salud aprovechando su estancia en prisión.

LA ATENCIÓN SANITARIA

La organización de los Servicios Sanitarios Penitenciarios es diferente en los distintos países de la UE:

1) Alemania

En las prisiones alemanas gran parte del trabajo de prevención de enfermedades se hace a través de grupos de autoayuda, en algunos de los estados federales como en el de Renania Westfalia del norte o en Baja Sajonia con coordinación centralizada. En el caso de la prevención de la infección por VIH por ejemplo, se emplean principalmente folletos escritos aunque no están disponibles en todas las prisiones, ni en diferentes idiomas para los reclusos extranjeros. Los preservativos están disponibles en la mayor parte de las prisiones alemanas aunque no pueden conseguirse de manera anónima ni son gratuitos, gracias al éxito de un programa piloto de reparto de preservativos y lubricantes en las prisiones del estado de Renania Westfalia del norte; en la actualidad se reparten con cargo al Departamento de Justicia. En algunas prisiones es posible el empleo de lejía pero no se reparte ninguna información sobre su posible uso

para desinfectar material de inyección. En algunos estados es posible hacer un tratamiento de mantenimiento o de desintoxicación con metadona. En 1994 el responsable de justicia del estado de Baja Sajonia convocó una mesa de expertos con directores y otro personal de prisiones, con organizaciones de lucha contra la droga y el Sida, y con médicos generalistas. El objeto era controlar la alta prevalencia de enfermedades infecciosas entre los reclusos, como la hepatitis B (VHB) y la infección por el VIH, estudiando la posibilidad de aplicar las medidas preventivas contra estas infecciones que dan resultado fuera de las prisiones, como por ejemplo los programas de intercambio de jeringuillas. Se tomó como resolución empezar un proyecto piloto de intercambio de jeringuillas en una prisión de hombres y otra de mujeres durante dos años. Un proyecto similar viene desarrollándose desde 1994 en Suiza y en otros estados de Alemania se han comenzado también otros semejantes (Hamburgo, Schleswig-Holstein y Berlin).

2) Austria

En las prisiones austriacas hay disponible un servicio médico y se pueden concertar citaciones con especialistas en la institución o fuera de ella. Los centros penitenciarios más grandes tienen sus propias unidades sanitarias. Hay un Hospital General Penitenciario (Penal Institution Josefstadt) y un Hospital General Psiquiátrico (Penal Institution Göllersdorf). En hospitales de gran capacidad hay "unidades cerradas" para la atención a reclusos.

3) Bélgica

En Bélgica es el Ministerio de Justicia el encargado de la responsabilidad de la atención sanitaria de los reclusos que en los dos últimos años ha hecho un tremendo esfuerzo para responder a los problemas derivados del Sida y enfermedades asociadas en esta población. Desde el punto de vista epidemiológico se ha puesto en marcha un sistema de registro de casos en las prisiones (Epicure), desde el punto de vista de la atención médica, se han aumentando las exploraciones de los internos afectados y el entrenamiento de los profesionales sanitarios y desde el punto de vista de la prevención, los internos disponen de la información existente al respecto fuera de las cárceles y se colabora con distintas ONGs especializadas en el tema.

4) Dinamarca

El principal problema de sanidad penitenciaria es el planteado por la adicción a drogas por vía parenteral y las enfermedades infecciosas asociadas. Los ingresos de consumidores de drogas ilegales en las prisiones de Dinamarca, incluida la marihuana, pasó de un 27% en

1990 a un 35% en 1999. Entre los reclusos de género masculino un 34,6% admitieron ser drogodependientes y entre las reclusas este porcentaje fue del 51,2%, su edad media ha pasado de 28,8% años en 1991 a 30,1 en 1998. El 31% de todos los drogodependientes encarcelados son inyectores, lo que se corresponde con el 10,5% de todos los reclusos.

Entre los reclusos adictos a drogas la proporción de inyectores ha caído desde que en 1980 alcanzó el 50%. En cuanto a la organización de la sanidad penitenciaria se respetan las recomendaciones que la UE dictó sobre atención a reclusos².

5) España

La atención sanitaria en las prisiones está garantizada por ley (LOGP 1/1979) y en la actualidad es responsabilidad del Ministerio del Interior en lo que se refiere a la atención primaria, en lo que concierne a la atención especializada y hospitalaria depende del Servicio Nacional de Salud o de las Instituciones de las Comunidades Autónomas con esta responsabilidad transferida, a través de convenios y en ocasiones también mediante contratos con proveedores privados. Este hecho causa un importante número de disfunciones ya que la administración no ha dispuesto una regulación que coordine adecuadamente la relación entre ministerios en este campo. El próximo paso de las competencias sanitarias desde la administración central del estado a las diferentes administraciones autonómicas en 2002, podría complicar aún más la situación, al tener que coordinarse el servicio médico de cada prisión de una forma distinta para cubrir el resto de niveles asistenciales, con cada uno de los distintos servicios sanitarios autonómicos. Una solución razonable desde el punto de vista técnico y social sería la integración de la sanidad penitenciaria en el Ministerio de Sanidad antes del traspaso de las competencias de éste a los distintos Gobiernos Autónomos. Por otra parte si los profesionales de los Equipos Sanitarios Penitenciarios quedaran aislados fuera de la red sanitaria general, se limitaría su formación y su carrera profesional, de tal manera que no tardando mucho acabarían por ser un colectivo sanitario tan marginal como la población a la que atienden.

En los últimos años desde la subdirección General de Sanidad Penitenciaria se han puesto en marcha programas de atención primaria específicos para luchar contra los principales problemas de salud de la población atendida. La adicción a drogas por vía parenteral, sufrida por un 39,9% de los internos de los que un 74% han compartido alguna vez jeringuillas¹⁰, es el origen del alto porcentaje de infección por VIH entre los reclusos, y ésta a su vez, un factor determinante de

la alta prevalencia de tuberculosis que alcanza el 0,8%¹¹ entre los internos. (Figura I).

Ha supuesto un gran avance el establecimiento de políticas basadas en objetivos de salud explícitos y cuantificables, que por vez primera han sido definidos para que los equipos de salud de las prisiones organicen su estructura de funcionamiento y puedan evaluar la calidad de su trabajo. El principal reto actual sin embargo es mantener el alto nivel técnico de la Sanidad Penitenciaria en nuestro país, haciendo converger los argumentos económicos y de salud pública¹² mediante la integración de la Sanidad Penitenciaria en la red general, protegiendo así los principios de igualdad y equidad de la asistencia médica en las personas privadas de libertad, y dando cumplimiento a las disposiciones legales que así lo aconsejan, desde la Ley General de Sanidad 14/86 en la que se menciona en sus disposiciones finales la necesidad de integración de la Sanidad Penitenciaria en la red pública, hasta las recientes Proposiciones no de Ley dictadas por el Congreso de los Diputados de 1996, 1999 y 2001 que aprueban la integración en la red estatal de maestros, ATS de prisiones y Sanidad Penitenciaria respectivamente.

6) Finlandia

La relación entre delincuencia y drogadicción es muy patente para las autoridades penitenciarias finlandesas, por lo que se han puesto en marcha diferentes métodos de rehabilitación para los reclusos adictos a drogas. Un cambio reciente en las leyes de junio de 1999, permite estancias cortas en clínicas especializadas en la desintoxicación y la derivación a centros hospita-

larios extrapenitenciarios para el tratamiento de los reclusos con graves síntomas de abstinencia a drogas. Desde el 1 de septiembre de 1997 es posible el tratamiento de mantenimiento con buprenorfina y metadona en las prisiones, aunque la experiencia es escasa (cuatro pacientes con buprenorfina y cuatro con metadona en todo el Estado en 1998).

7) Francia

En Francia numerosos informes publicados han hecho hincapié en que la mayor parte de la población penitenciaria presenta "conductas de riesgo", es decir, comportamientos que les ponen en situación de enfermar, por ejemplo, en 1992 el 40% de los reclusos estudiados por Rotily et al¹³ habían tenido más de una pareja sexual en los últimos doce meses, de éstos el 42% nunca usaban preservativo. En la prisión de Marsella en 1995 este mismo autor confirma una alta prevalencia en conductas de riesgo entre las internas, no sólo porque la proporción de reclusas ADVP es más alta que en los internos, sino porque comparten jeringuillas más frecuentemente que ellos y tienen intercambios sexuales con ADVPs o sujetos seropositivos más a menudo¹⁴. Otra conclusión fue que el 13% (9/68) de los reclusos entrevistados que se habían inyectado durante los 12 meses anteriores a su entrada en prisión, admitieron seguir pinchándose durante los tres primeros meses de reclusión, cuatro de los nueve compartieron jeringuillas y uno de ellos era seropositivo para el VIH¹⁵. En otro trabajo multicéntrico realizado en cuatro prisiones con una muestra de 1.212 reclusos, el 35% declaró haberse inyectado drogas alguna vez en los úl-

TB en I.L.P.P.
Número de casos según VIH 1993-1999

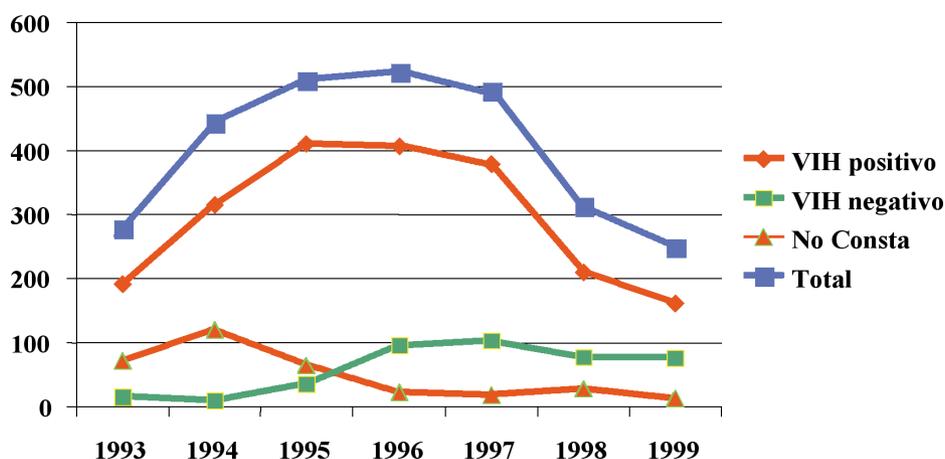


Figura I.

timos doce meses dentro de la prisión, el 7% dijo que había comenzado a pincharse en la cárcel. La mitad de estos ADVP inyectores intrapenitenciarios declararon usar lejía. Las variables más asociadas con la inyección de drogas en prisión eran: estar en tratamiento con metadona al ser encarcelado, no haber sido vacunado de hepatitis B y tener compañeros sexuales ADVPs antes del encarcelamiento¹⁶.

Respecto a otra conducta de riesgo como es la relación sexual sin preservativo, en 1998 Rotily, Gore et al¹⁷ encuentran que tan sólo un 6% de la muestra de reclusos que estudiaron (6/33) habían utilizado preservativo en su última relación sexual en prisión, el 46% (15/33) declararon haber tenido entre dos y cinco parejas sexuales en el último año antes de ser encarcelados, el 12% (4/33) habían tenido al menos una pareja VIH+ en ese periodo de tiempo, el 80% (19/24) no utilizaron preservativo en su última relación sexual casual fuera de la prisión, el 9% (3/33) de los internos estudiados era seropositivo para el VIH.

Hasta 1994 fue el Ministerio de Justicia el responsable de la atención médica en las prisiones, los sanitarios que allí trabajaban estaban bajo la supervisión de las autoridades penitenciarias. En 1993 el Alto Comité para la Salud Pública en Francia acordó cambiar esta situación, los ingresados en prisión eran automáticamente afiliados a la seguridad social¹⁸, cada prisión francesa firmó un convenio a nivel local con el hospital más próximo para organizar el cuidado de los reclusos. A partir de este momento el personal sanitario de las cárceles pasó a depender del hospital público más cercano. También se puso en marcha el llamado Programa 13.000, por el cual en ciertas prisiones se ponía en manos de la sanidad privada la atención médica de los reclusos bajo el control del Ministerio de la Salud, que costeaba los gastos en medicamentos y material.

Dado el alto índice de necesidades y demandas de asistencia médica que se observa en las prisiones por parte de los reclusos, en Francia la asistencia sanitaria penitenciaria ha representado una pesada carga para los profesionales de la salud encargados de esta tarea. El mayor de los problemas observados ha sido el acceso a los diagnósticos de alta tecnología o a la cirugía, debido a la necesidad de trasladar al recluso al hospital. Otro problema es el de los inmigrantes que no hablan ni escriben francés y que a causa de ello tienen restringido su acceso a los servicios sanitarios que en ciertos casos es necesario solicitar por escrito. En 1997, una evaluación encargada por el Ministerio de la Salud, demostró que estos cambios en la organización de la sanidad en las prisiones había aumentado su calidad enormemente¹⁹, sin embargo se observó que algunos aspectos de esta atención continuaban siendo inadecuados, sobre todo destacaba la mala atención de las enfermedades bucodentales y de los problemas de salud mental.

Hay un hospital-prisión en París que alberga reclusos con enfermedades severas incluido el Sida, 3.000 internos son hospitalizados cada año en él, la mitad de ellos provienen de la región de París. Hay una unidad médica especial en un hospital no penitenciario en Marsella y siete unidades más de este tipo serán construidas pronto en grandes ciudades francesas; en el momento actual, si es necesario en cualquier parte un ingreso hospitalario, se realiza en un hospital extrapenitenciario bajo vigilancia policial.

En el 13% de las prisiones es posible el trabajo de los internos en talleres productivos, sin embargo no hay unidades de salud laboral para la atención de estos reclusos. En el 9% de los centros penitenciarios hay una unidad de atención a los drogodependientes supervisada por un psiquiatra, en siete prisiones hay programas en evaluación, con salidas terapéuticas para internos con este tipo de patologías. Desde 1997 se realizan políticas de control de disponibilidad de droga dentro de las prisiones, sin embargo no se realizan test de control de drogas entre los reclusos. Desde abril de 1996, el Ministerio de Salud autorizó la puesta en marcha de programas de mantenimiento con opiáceos, metadona y buprenorfina. En un estudio²⁰ hecho en 1998 con una muestra de 51.000 internos, el 2% se encontraban dentro de este programa de mantenimiento con agonistas opiáceos (85% de ellos con buprenorfina y 15% con metadona), el 85% de los tratamientos habían sido prescritos antes del encarcelamiento y su distribución no era uniforme por el territorio francés, así el 28% de los sujetos correspondían a una sola prisión de la zona de París. Se observó en este estudio que el 22% de los sujetos con tratamiento con buprenorfina vieron suspendido éste a su entrada en prisión mientras que se le interrumpió al 13% de los que lo seguían con metadona.

Desde el punto de vista de la prevención, se ha establecido por circular en todos los centros la obligación de que se distribuya un folleto con consejos sobre conductas de riesgo a todos los internos durante su primer examen médico al ingreso. Hay preservativos accesibles en cualquier momento. Se facilita de manera gratuita lejía a una concentración del 12% estando prohibido disponer de este producto a mayor concentración. En el momento de salir en libertad están disponibles folletos que contienen información útil sobre VIH, direcciones de servicios sanitarios y sociales e incluso preservativos.

Además del despistaje de la infección por VIH y VHB con vacunación de esta última si procede, los programas de prevención son insuficientes y dependen

generalmente de iniciativas locales o individuales. Los hospitales franceses están fundamentalmente orientados hacia la medicina curativa, consecuentemente no están preparados para poner en marcha una eficiente política de prevención. Sin embargo desde 1994 hay una notable buena voluntad de los médicos de los hospitales a cuyo cargo se encuentran las prisiones, para mejorar la situación y optimizar las prácticas preventivas. El Ministerio de la Salud y el MILDT (Mission Interministerielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies) están igualmente impulsando políticas de prevención, también la modernización de las prisiones permite mejoras en este terreno; sin embargo, las numerosas huelgas del personal de prisiones, dan fe de las dificultades de adaptación a las condiciones de trabajo en un momento en el que los presupuestos públicos en estas materias son limitados.

Se sabe poco de las condiciones higiénicas de las prisiones. En un principio, dentro del Ministerio de Justicia o del Ministerio de Salud, los departamentos de asuntos sanitarios o sociales no estaban encargados de la higiene en las prisiones. Las condiciones parecen variar mucho de unos centros a otros, algunas prisiones son muy viejas y están masificadas, especialmente las de presos preventivos, otras son más recientes y están bien equipadas. Hay que tener en cuenta que las malas condiciones higiénicas pueden favorecer brotes de muchas enfermedades transmisibles (hepatitis, tuberculosis, dermatitis, gastroenteritis), en segundo lugar los mensajes de prevención no son bien aceptados en un contexto de malas condiciones higiénicas y pueden resultar contraproducentes.

El marco legal del encarcelamiento puede ser perjudicial en algunos momentos para las políticas de prevención de enfermedades, por ejemplo, no hay prohibición expresa para la homosexualidad; sin embargo, el hecho de ser sorprendidos por personal de la prisión dos internos en un acto homosexual, puede dar lugar a medidas disciplinarias. Lo mismo ocurre con los actos heterosexuales, especialmente si se producen en las áreas de visita, puesto que en Francia no hay habitaciones

para visitas íntimas, salvo en dos centros piloto. Las circulares sobre prevención no tratan el acceso a jeringuillas estériles, por lo que no se han iniciado programas de intercambio de jeringuillas en prisión. Desde 1998 se ha autorizado la lejía, sin embargo no se han repartido folletos explicando su correcto uso para esterilizar las jeringuillas. Se insiste en los Programas de Reducción de Daños en los drogadictos, como los de sustitución con metadona o buprenorfina, haciendo especial mención de la parte médica de los programas que deben incluir aspectos de cuidado y consejo médico. Por último se recomienda especialmente que se haga formación con todo el personal penitenciario tanto médico como no, y que se cuiden especialmente los procedimientos encaminados a preparar a los internos para su puesta en libertad.

Para evaluar el impacto de estas medidas oficiales, se envió en el primer semestre de 1998 un cuestionario sobre prácticas y opiniones a los responsables de los equipos médicos y a los responsables de la administración de las prisiones de todas los centros del oeste y sudeste de Francia, los resultados fueron los siguientes (Tabla II).

La comprensión y acuerdo con el contenido de las normas de las recomendaciones ministeriales no causó ningún problema entre los directores de las prisiones que estuvieron de acuerdo en que los internos tuvieran libre acceso a preservativos dentro de las unidades médicas (22/27), o como productos disponibles en los almacenes de los centros (17/27). Estuvieron de acuerdo en que pudieran beneficiarse de programas de sustitución de opiáceos como la metadona (21/27) o buprenorfina (17/27) y que se les facilitara lejía. Por otra parte a pesar de reconocer que existe la drogadicción en las prisiones, se manifestaban opuestos a los programas de intercambio de jeringuillas. La puesta en marcha de un taller sobre tatuajes produjo un incremento de opiniones desfavorables (23/27).

Según los resultados de los cuestionarios enviados a los médicos las medidas de prevención no han sido aplicadas sistemáticamente, los preservativos no son

Tabla II.

	Prisiones del Oeste n=19	Prisiones del Sudeste n=16	Total n=35
Directores de las prisiones índice de participación	12 63%	15 94%	27 77%
Médicos de prisiones índice de participación	13 68%	12 75%	25 71%

distribuidos en las unidades médicas (20/25), la lejía no aparece en el listado de productos de almacén (22/25), no había material estéril de inyección disponible para los internos (22/25), los programas de mantenimiento con metadona iniciados fuera de la prisión eran en ocasiones interrumpidos en los Centros (7/25), algunos médicos no habían iniciado nunca tratamientos de sustitución con opiáceos (4/25). Esta laguna que a veces existe entre las posiciones oficiales y la práctica diaria va más allá del asunto del acceso a los programas de prevención o sustitución. Otros dos hechos pusieron de manifiesto la discrepancia entre la práctica real y las recomendaciones oficiales:

- Muchos de los miembros del equipo sanitario no tenían formación específica en VIH/SIDA.
- En nueve prisiones no se hizo ningún programa de formación sobre las instrucciones para la prevención de las infecciones por VIH y Hepatitis virales desarrolladas por el equipo de gestión.

A pesar de las limitaciones de esta investigación, el resultado es que la situación desde el punto de vista epidemiológico varía de unas a otras prisiones, bien por razones derivadas del encarcelamiento, o bien de la región donde se realizó la detención. La situación en Francia se caracteriza por un acceso desigual a la prevención de enfermedades en prisión. La mayor apuesta pendiente consiste en armonizar estas políticas realizadas por las autoridades administrativas francesas por todo el país.

8) Grecia

El Código Correccional de 1989 establece la obligatoriedad del reconocimiento médico al ingreso en prisión en las 24 siguientes a la entrada. En las prisiones griegas la política es ofrecer a los sujetos que ingresan, que se hagan de forma voluntaria un análisis de hepatitis B, C y de VIH cuyo resultado quede recogido en un carnet que acompaña al interno en cada traslado de prisión. Sin embargo esta práctica no se puede llevar a cabo en todas las prisiones, ya que de 28 centros existentes, en 19 no hay médico permanente, por lo cual los internos son visitados cuando el médico viene a la prisión, además hay algunos hospitales regionales que no pueden hacer las mencionadas serologías. En la mayoría de las prisiones se facilita lejía y también un folleto ilustrado sobre los mecanismos de contagio del SIDA junto al lote de aseo. No hay programas de intercambio de jeringuillas en prisión ni de sustitución con metadona, salvo que el sujeto lo estuviera siguiendo fuera de la prisión en el momento de su internamiento. No hay preservativos disponibles en las prisiones griegas ni tampoco visitas íntimas.

9) Holanda

En las prisiones de Holanda, hay un programa voluntario de tratamiento que es específico para los adictos a drogas que se encuentran en prisión y que se lleva a cabo en las AGU (Addiction Guidance Units), unos módulos de especial seguimiento de los que se ocupan funcionarios especialmente entrenados junto a miembros de ONGs relacionadas con la lucha antidroga. En la actualidad hay un 3% de celdas disponibles para estas unidades, donde se pueden seguir programas de deshabituación con metadona y se hacen controles periódicos de consumo de drogas que si dan positivo, suponen la salida de la unidad. En los últimos seis meses de condena los internos pueden pasar a un centro extrapenitenciario. En 1996 la Inspección Médica del Ministerio de Justicia dictó unas normas recomendando su cumplimiento en todas las prisiones, para que se administraran tratamientos de mantenimiento con metadona, tanto a los sujetos que ingresaran con él, como a los que lo tuvieran indicado y fueran a estar al menos cuatro semanas en prisión. De cualquier modo se respeta el criterio particular de cada doctor y no en todas las prisiones se facilita ese tratamiento.

Debido a la baja prevalencia de la drogadicción parenteral en prisión no hay planes para introducir programas de intercambio de jeringuillas. Algunos estudios señalan que los adictos por vía intravenosa cambian la vía de administración de la intravenosa a la fumada cuando ingresan en prisión²¹⁻²².

En Holanda hay un médico generalista por cada 300 internos y un profesional de enfermería por cada 50 internos varones o 30 internas. Es posible tratar a los reclusos en hospitales fuera de la prisión o en hospitales penitenciarios. Los servicios médicos tienen ciertas reservas a comenzar tratamientos de larga duración en enfermos crónicos, como en el caso de los seropositivos al VIH, sobretudo por la duda de que vayan a continuar tomándolo después de su puesta en libertad.

En 1987 se dictaron unas normas en la Prisión de Amsterdam en referencia al problema del VIH en los reclusos, entre otras ya recogidas en las recomendaciones de la OMS respecto al cuidado de este tipo de enfermos en las prisiones, se establecía la responsabilidad de los directores de los centros en la formación de los funcionarios respecto al manejo de este tipo de reclusos, especialmente en referencia al conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH. Desde 1989 un grupo de trabajo compuesto por representantes del Ministerio de Justicia, del Ministerio de Salud Pública y de expertos en el tema, procedentes de ONGs, se encarga de trabajar en la mejora de la información, las actividades y las prácticas en el tema de VIH/SIDA en las prisiones, entre otras, sus funciones han sido:

- Desde 1991, se ha dado un curso para todos los profesionales de enfermería de prisiones y desde 1994 un curso avanzado sobre técnicas de educación para la salud.
- Desde 1994, se ha puesto en marcha una red nacional de profesionales de la enfermería de prisiones, que coordina todas las actividades relacionadas con las enfermedades infecciosas.
- Desde 1993, dos especialistas en el ámbito nacional se dedican a impulsar esta red, asegurando la circulación de la información y la realización de nuevas actividades.
- Hay apoyo de proyectos de educación para la salud en el campo del VIH en diferentes prisiones desde 1992 a 1999.
- En 1995 distribuyó un protocolo para la realización de test de VIH en prisión.
- Se revisó en 1996 la circular de 1987 sobre VIH en la que se delegaba en los directores de las prisiones para establecer las políticas de lucha contra el VIH.
- En 1997 se editó un folleto en diferentes idiomas sobre las enfermedades infecciosas más importantes en prisión.
- Se crearon CDROMs interactivos para la educación sobre el VIH en reclusos en 1997.
- Se desarrolló una metodología específica sobre educación para la salud en reclusas en 1998.

En 1998 el grupo de trabajo decidió centrar su actividad en dos áreas concretas:

- La educación de los funcionarios en el tema de las enfermedades infecciosas, lo que se consideró una necesidad para mejorar el tratamiento de los reclusos infectados.
- El desarrollo y la puesta en marcha de un programa de lucha contra las enfermedades infecciosas en las prisiones de jóvenes.

La impresión general del grupo de trabajo es que en la actualidad sólo unas pocas prisiones han desarrollado un programa completo de lucha contra las enfermedades infecciosas aunque muchas otras han puesto en marcha las actividades principales recomendables y los reclusos con una enfermedad infecciosa son tratados adecuadamente. La confidencialidad sobre datos relativos a las enfermedades de los internos es muy difícil de mantener por la propia estructura de las prisiones. La disponibilidad de preservativos es efectiva en el 66% de los centros. Es difícil la organización de grupos para realizar actividades de educación para la salud en el tema relacionado con las enfermedades infecciosas de manera eficiente, ya que normalmente los internos demandan información específica relacionada con su caso

particular, es mucho más adecuado en estos casos el consejo individual realizado por el personal de enfermería. Algunos programas piloto se han puesto en marcha en este sentido como, por ejemplo, estimular en drogadictos, pequeños cambios de conducta tendentes a conseguir un consumo más higiénico de la droga, o la visita periódica a la prisión de exdrogadictos para hablar de temas de salud.

Convencidos de la importancia que de la necesidad de una actitud favorable de los funcionarios para el éxito de cualquier programa de promoción de la salud en las prisiones, el grupo de trabajo del Ministerio decidió en 1998 editar un manual de educación para la salud dirigido tanto a reclusos como al personal que trabaja en las prisiones que se distribuyó en 1999.

10) Irlanda

En Irlanda al ingreso en prisión todos los reclusos son examinados. Los internos VIH, VHB o VHC positivos reciben el tratamiento necesario, bien dentro o bien fuera de prisión y no son segregados del resto de internos. Se le ofrece vacunación de la HB a aquellos que tienen indicación y van a permanecer internados el tiempo necesario para completar la pauta. El análisis de VIH no es rutinario pero se recomienda intensamente a los sujetos con conductas de riesgo. Los preservativos no están disponibles en las prisiones irlandesas. La falta de recursos y la sobrepoblación dificultan la puesta en marcha de tratamientos completos para la drogadicción dentro del sistema penitenciario. Los tratamientos de sustitución con metadona son factibles sólo en un número escaso de internos. La disponibilidad de lejía está en fase de introducción, no hay planes para la puesta en marcha de planes de intercambio de jeringuillas o de visitas conyugales.

11) Italia

En Italia el Ministerio de Salud Pública ha promulgado recientemente una Ley Nacional (L. n. 419 - 30.11.1998) por la cual la Sanidad Pública se responsabiliza de los costes de la atención sanitaria penitenciaria. Hay además un Proyecto de Ley sobre VIH y SIDA en prisiones que consiste en unos protocolos de actuación puestos en marcha de manera experimental en 3 regiones de Italia. Un 28,53% de la población reclusa es drogadicta y un 1,3 % de todos los reclusos está en programa de mantenimiento con metadona. Los médicos penitenciarios tienen disponibilidad de hacer Tratamiento Antirretroviral en los reclusos que lo necesitan. Los internos adictos a drogas pueden solicitar tratamiento de sustitución, se facilita lejía a los reclusos en función del criterio del director de cada centro. No están disponibles preservativos puesto que no hay po-

sibilidad de visitas íntimas. Los programas de educación para la salud se realizan mediante trabajadores de ONGs.

12) Luxemburgo

En las prisiones de Luxemburgo, después de 2 meses de estar en prisión para evitar analíticas en sujetos que se van a ir en unos días, se ofrecen los análisis de VHB, VHC, sífilis y VIH. Los que resultan infectados son tratados por los especialistas del hospital. Miembros de una ONG de apoyo contra el Sida *Onofhängeg Aidshëllef*, realizan labores de consejo e información dos veces por semana en relación con las enfermedades infecciosas relacionadas con la drogadicción en diferentes lenguas. Se distribuyen preservativos y lubricantes entre los internos que los solicitan. No se distribuye lejía ni es posible el intercambio de jeringuillas o las visitas conyugales. Los internos ADVP se pueden acoger a programas de mantenimiento con metadona en cualquier momento de su condena. Un psicólogo de una ONG contra la droga, *Jugend-an Drogenhëllef*, tutoriza a los internos que desean un tratamiento deshabitador.

13) Portugal

Hay un total de 51 establecimientos penitenciarios de los cuales 13 son prisiones centrales, 35 prisiones regionales y 3 centros especiales (una prisión hospital, una prisión de mujeres y otra para jóvenes delincuentes). Se estima que entre el 70% y el 80% de los internos tienen alguna adicción a drogas y que el 65% de ellos son ADVP. Un 37,7% del total de los condenados lo han sido por delitos relacionados con el consumo o el tráfico de drogas. No hay una política de búsqueda activa de casos de seropositividad para el VIH en las prisiones, sin embargo algunos estudios hechos en centros de atención a drogadictos sitúan en este colectivo la prevalencia de la seropositividad al VIH en el 20% y de la Hepatitis C en el 38,9%. En el seguimiento de los reclusos VIH seropositivos, se mantienen las mismas pautas que en los Hospitales del Servicio Nacional de Salud, en Lisboa una prisión hospital acoge a los internos que necesitan tratamiento hospitalario.

Desde 1997 se ha acordado un protocolo de actuación entre el Ministerio de Justicia y el de Salud para desarrollar diferentes programas en las prisiones, en materia de lucha contra la drogadicción y prevención de la infección por VIH y Tuberculosis. Dentro de este protocolo el Servicio Nacional de Salud se compromete a asegurar toda la atención médica necesaria para los internos, tanto ambulatoria como hospitalaria.

14) Suecia

Con una población de 8,8 millones de habitantes, hay 27 centros penitenciarios en Suecia para internos que cumplen condena y 46 para los sujetos a la espera de juicio. Los establecimientos están clasificados por niveles de seguridad, desde tipo I de alta seguridad a tipo IV, de régimen abierto. Los centros de tipo I a III son la mayor parte (37). El tamaño de los centros es pequeño, entre 35 y 300 internos en comparación con el de otros países de la UE, la proporción de internos UDI's varía según la prisión entre el 25 al 65%.

15) Inglaterra y Gales

A consecuencia del último informe anual de la Red Europea para la prevención del VIH y la Hepatitis B en prisión, el Servicio Público de Salud (NHS) y el Servicio de Prisiones británico acordaron "formalizar sus relaciones" para mejorar la atención médica de los reclusos. El objetivo del grupo de trabajo creado fue conseguir que los internos tuvieran acceso a un servicio médico de igual calidad que el que recibe el público en general del Sistema Nacional de Salud. Este grupo hizo una serie de recomendaciones entre las que destacan:

- Trabajar conjuntamente para identificar las necesidades principales de salud de los presos y así desarrollar programas específicos dentro de estrategias de salud más generales diseñadas por el NHS.
- Formar un equipo especial de expertos para identificar esas necesidades y evaluar los cambios producidos por las actuaciones promovidas.
- Crear una Unidad de Salud Penitenciaria encargada del desarrollo, planificación e integración de los sistemas de salud penitenciarios en el NSH.

El grupo de trabajo identificó algunos aspectos especialmente débiles de la sanidad penitenciaria, por ejemplo en el cuidado de la salud mental, en los traslados de los internos con trastornos mentales a unidades psiquiátricas, o en la prestación de un servicio adecuado de psiquiatría ambulatoria. Se estimó que alrededor de 10.000 internos necesitaban este tipo de atención especializada en las prisiones. Esta colaboración siguió profundizando en las responsabilidades de ambas instituciones, el Servicio Penitenciario sobre la atención primaria de los reclusos y el NHS sobre la atención especializada, sobre todo en el campo de la salud mental, así como de las necesidades hospitalarias. Respecto a la pregunta sobre si sería preferible que el NHS asumiera la responsabilidad completa del cuidado de la salud de las personas encarceladas, la opinión del grupo de trabajo fue favorable a esta tesis a medio plazo.

CONCLUSIONES

La peculiaridad de cada legislación penitenciaria, de cada centro penitenciario y aún de cada población penitenciaria, es un fenómeno que marca las necesidades en el cuidado de la salud de este colectivo de personas privadas de libertad.

La experiencia indica que es difícil encontrar un esquema organizativo capaz de dar una respuesta homogénea a este universo de diversidad y por esto encontrar puntos de uniformidad en los problemas y en las soluciones de la atención sanitaria penitenciaria es una tarea más que compleja.

Sin embargo algunas dificultades de esta atención aparecen en todos los países de manera repetitiva, como por ejemplo la relación entre los servicios sanitarios de atención primaria de los centros penitenciarios y los servicios de atención especializada y hospitalaria extrapenitenciarios, la atención de los problemas de salud mental en los reclusos la respuesta a cuestiones de salud pública de las comunidades en las que están las prisiones, como la rehabilitación de toxicómanos y el manejo de las enfermedades asociadas al consumo de drogas como la infección por el VIH, Hepatitis virales o tuberculosis. Los centros penitenciarios son un observatorio epidemiológico de gran importancia dentro de las estructuras sanitarias públicas puesto que permiten descubrir patologías, tanto físicas como sociales, en personas con un importante componente de marginación, cuyos procesos probablemente no serían detectados y tratados por otros dispositivos sanitarios de la comunidad, o lo harían en un grado de evolución demasiado prolongado para esperar recuperaciones adecuadas.

Las prisiones tienen una misión rehabilitadora que en materia sanitaria debería entenderse como la de un dispositivo con capacidad también para la reinserción psico-física de los reclusos, no menos importante que la psico-social. La misión de los equipos de salud de los centros penitenciarios es garantizar un nivel de salud en los reclusos, equivalente al de las personas en libertad pertenecientes a la comunidad en la que se encuentra la prisión. Para esto además de la voluntad de los profesionales de la sanidad penitenciaria es preciso el compromiso de las autoridades responsables. La Comisión Europea ha publicado directrices muy claras que recogen las medidas a adoptar a su juicio para garantizar una buena atención médica de las personas internadas en prisión, solamente debemos esperar que los Gobiernos de los países miembros de la Unión Europea las asuman como propias de manera plena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. L'observatoire régional de la santé. Provence Alpes Cote D'azur <http://members.aol.com/orspaca/orspaca.html>.
2. Council of Europe. Recommendation No. R (98) 7 Concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. 1998.
3. World Health Organization, (WHO). Report of communicable diseases. 1999.
4. Lemoine D. Identité et VIH. Ponencia al III European Seminar on HIV & Hepatitis in Prison. Milán. Mayo 1999.
5. Van Mol. F, Lauwers N. Drogues et Prisons. La réalité Pénitentiaire en Matière de Drogue. Actes de la journée d'étude du 22 avril 1994.
6. La Prévention du Sida en Communauté Française: Plan Guide Triennal 1996-1998. Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique. 1998.
7. Van Doorninck M. III Anual Report European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons. September 1999.
8. Koeter MWJ and GC Luhrman; Verslavingsproblematiek bij justitiabele drugverslaafden; Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR); Amsterdam, 1998.
9. Haastrecht HJA van, JAR van den Hoek, RA Coutinho; Low levels of HIV risk behaviour among injecting drug users during and following imprisonment in the Netherlands, XI International Conference on AIDS, Vancouver, 1996.
10. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Memoria 1999. Ministerio del Interior. 2000.
11. Avendaño I, Corella I, Hernando P, Jiménez G, Pérez Martínez I, Romero M, et al. Programa de prevención y control de la tuberculosis en el medio penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. DGIIPP. Ministerio del Interior. Madrid 2000.
12. Gispert R, Van de Water H P A, Van Herten L.M. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: Una revisión documental del proceso. Gac Sanit 2000; 14 (supl. 3): 34-44.
13. Rotily, M., C. Vernay-Vaisse, et al. HIV testing prevalence and risk behaviours among prisoners in Southeastern France. XIe International Conference on AIDS, Vancouver, Canadá. 1996.

14. Rotily, M., A. Galinier-Pujol, et al. "Risk behaviours of inmates in south-eastern France." *AIDS Care* 1995; 7 (Suppl 1): S89-93.
15. Rotily, M., C. Delorme, et al. "Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred [letter]." *Bmj*; 316 (7133): 777.
16. Rotily, M., C. Weilandt, et al. Factors related to drug injection in prison. X° International Conference on Harm Reduction, Geneva, Switzerland. 1999.
17. Rotily, M., S. Gore, et al. "Heterosexual intercourse in a French prison [letter]." *Sex Transm Dis*. 1998; 25 (4): 217.
18. Mouquet, M., M. Dumont, et al. "La santé en prison: un cumul des facteurs de risque." *DRESS - Etudes et Résultats*. 1999; 4: 1-10.
19. Anonymous. Actes du 2° Congrès National des Services Médicaux en Milieu Pénitentiaire. 2° Congrès National des Services Médicaux en Milieu Pénitentiaire, Marseille, March 1999.
20. Tortay, I, Morfini, H. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire. 3rd European Seminar on HIV infection and viral hepatitis in prisons, Milano, Italy, 1999.
21. Kools J-P; The Switch: Dancing on Foil; in: Mainline, special edition for the 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm in Paris 1997; Mainline; Amsterdam, 1997.
22. Doorninck M van and W de Jong; Development of the AIDS policy in the Dutch prison system; in: Amsterdam, in press.

CORRESPONDENCIA

R.E.S.P.
Carretera Valencia, 38-Bis, 2.º Izda.
50410 CUARTE DE HUERVA (Zaragoza)

AGENDA Y NOTICIAS

En esta sección se recogen las Publicaciones, Noticias, Reuniones, Congresos y Cursos de próxima celebración, relacionados con la Sanidad Penitenciaria. La inserción de su publicidad en la revista es gratuita.
(Remitir la información a la dirección de la redacción).

CONGRESOS

24/09/2001

XII Escuela de Verano de Salud Pública de Mahón.

Información: Viatges Magon. Avda. Anselmo Clavé, 28. Tel. 971 351 700. Fax 971 351 146.

E-mail: enviqueta@vmagon.es

16/11/2001

5.as Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Toledo.

Información: Príncipe de Vergara, 39. 28001 Madrid. Tel. 91 935 03 78. Fax 91 431 58 59. E-mail: cmr@cmr3d.com

22/11/2001

IX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Zaragoza Di&co Paseo Sagasta 19 entlo dcha. 50008 Zaragoza. Tel. 976 21 17 48. Fax 976 21 29 59. E-mail: ana@dico.es

FE DE ERRATAS

En el número anterior la reseña correspondiente al libro *Promoción de la salud y cambio social*, de Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet, apareció encabezada con un título erróneo que no se correspondía con el de este libro, lo que queremos aclarar para el conocimiento de nuestros lectores.

EL COMITÉ DE REDACCIÓN