

Respuesta a las Cartas:

“EVOLUCIÓN DE LA NECESIDAD Y COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIOIDES E INTERCAMBIO DE JERINGAS EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS, 1992-2009”

Estimado Comité Editorial:

Queríamos contestar aquí a dos cartas que comentan algunos aspectos de nuestro artículo¹ sobre la evolución de la necesidad y cobertura de los programas de sustitutivos opioides e intercambio de jeringuillas en las prisiones españolas. Dichas cartas proceden de personas con responsabilidades en la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias.

La carta de Enrique J. Acín plantea dos cuestiones. La primera tiene que ver con la población utilizada para la estimación de la necesidad de jeringuillas. Creemos que su observación es totalmente acertada. Por ello, hemos llevado a cabo una nueva estimación que incorpora su planteamiento y que presentamos brevemente en este mismo número². La segunda es más discutible como comentamos en el texto de la nueva estimación.

Por lo que respecta a los cuatro comentarios planteados en la carta de José Manuel Arroyo, queríamos señalar que tres de ellos hacen referencia al apartado de discusión de nuestro artículo, por lo que obviamente no tienen que ver con los resultados sino con diferencias de criterio en la valoración de los mismos. Es obvio que lo relevante en cualquier investigación son los resultados, pues todos los lectores hacen su propia evaluación crítica de los mismos en función de muchos criterios, entre los que lógicamente no resulta fácil soslayar la influencia de la responsabilidad institucional de quien los realiza. En cualquier caso, queríamos responder brevemente a cada uno de sus comentarios.

1. Respecto al retraso en la toma de medidas en el medio penitenciario:

La forma en que su carta ha seleccionado el texto puede llevar a confusión al lector. Parecería que se transcribe literalmente un amplio párrafo de nuestra discusión: “*El primer hallazgo relevante es el enorme retraso con el que dichas medidas fueron puestas en marcha: entre 8 y 25 años*”. “*El momento*”). Sin embargo, no es realmente así. La primera frase ha sido podada, pues en el original finaliza con un matiz nada espurio: “*entre 8 y 25 años, según los indicadores de*

evolución de la epidemia de consumo de heroína o de necesidad y los indicadores de provisión que utilizamos en la comparación” En el original vienen luego nada menos que 8 líneas de texto antes del apartado que en la carta se cita a continuación. Es verdad que se abren y cierran comillas pero no es fácil que el lector perciba que existe texto intermedio, pues no es la forma habitual de hacerlo. Debería haberse puesto (). Honestamente pensamos que no parece fácil relativizar más.

Toda la explicación que se realiza a continuación en su carta es claramente una justificación o explicación del porqué de dicho retraso y del papel pionero y relevante del sistema de salud penitenciario español en el desarrollo de estos programas. Podemos compartir su análisis. Pero el que la mayoría de los países lo hayan hecho peor o más tarde, no lo hayan llevado a cabo, o ni siquiera se lo hayan planteado, sólo constituye para nosotros, como mucho, un atenuante, pero nunca un eximente.

2. Respecto a la cobertura de los PIJ:

Para ser breves remitimos a nuestra estimación revisada², donde puede encontrarse un análisis a nuestro entender muy fundamentado de lo que el autor de la carta denomina “afirmación gratuita que no se sostiene”. De forma resumida diremos que lo que no encuentra apoyo en la evidencia científica es la afirmación del autor de la carta de que “el consumo de jeringuillas está desplomándose”. Está muy documentado que el descenso de la inyección en España ha sido un proceso continuado que comenzó ya en los años 80³⁻⁵. No hay evidencias de desplome o caída libre. Sí, por el contrario, de reducción en la velocidad de descenso del número de inyectadores de drogas (o de la prevalencia de inyección) en los últimos años. Además, este tipo de fenómenos no suelen cesar de forma tan radical.

Por el contrario, el descenso en un tercio en el año 2007 del número de jeringuillas sí nos parece perfectamente explicable por un descenso en la provisión, que no necesariamente corra paralelo a un descenso en la necesidad. En 2005 se alcanzó la provisión máxima, en 2006 el descenso fue mucho más ligero y en los años posteriores también se mantiene un descenso progresivo.

sivo similar al de 2005-2006. Es decir, la tendencia se rompe bruscamente en 2007. Algo debió pasar en ese año que lo explique. No es muy aventurado pensar que probablemente dicha reducción de la provisión no haya sido generalizada sino que tenga que ver con algunos centros penitenciarios concretos, donde probablemente nunca se ha recuperado

3. Respecto a la efectividad de los programas.

Los más viejos entre quienes realizamos el artículo objeto de debate, somos conocidos por haber defendido el desarrollo de los programas de reducción del daño en todos los ámbitos, entre ellos el penitenciario, desde el principio de la historia que contamos. Por lo tanto, poco susceptibles a que se nos sesgue la mirada en el sentido de minusvalorar cualquier evidencia de su efectividad. En la carta se cita una frase crítica nuestra en referencia a la asunción de causalidad entre el desarrollo de estos programas en prisión y la tendencia descendente de varios indicadores sobre VIH y VHC que se realizaba en otro trabajo⁶. Seguimos pensando que esta tendencia descendente presentada en el trabajo no puede interpretarse como un resultado del desarrollo de dichos programas sin introducir previamente muchas cautelas, por dos razones. Primero, porque todos los indicadores se basan en tasas que tienen como denominador el conjunto de la población penitenciaria. Conociendo la reducción continuada del porcentaje de inyectadores en prisión (enfaticado de forma repetida en las dos cartas) algunos indicadores podrían tener una tendencia similar (quizás un poco menos acusada), aunque no se hubiera modificado la incidencia de VIH o Hepatitis C entre los inyectadores. Segundo, porque la descripción de la tendencia de la prevalencia de dichas infecciones entre la población penitenciaria tiene que ver fundamentalmente con lo que ha sucedido con esa población fuera de la prisión. Las tendencias de la incidencia pueden tener más valor, pero los denominadores deberían ser siempre los inyectadores, no la población penitenciaria en su conjunto. No resulta difícil asumir que la política de sanidad penitenciaria habrá tenido efectos positivos, pero los resultados que se presentan en dicho estudio serían clasificados en cualquier síntesis de evidencia como de nivel muy bajo para establecer una relación causal como la que se asume a lo largo de todo el original. Estas son algunas razones, pero en nuestro original existe una discusión más larga y detallada al respecto, que no vamos a repetir.

Igualmente creemos que habría que ser prudentes al proclamar que no se han producido seroconversiones al VIH en las prisiones españolas. A nuestro entender lo correcto es decir que los sistemas de in-

formación no han recogido ninguna. Hasta donde sabemos no existe prueba VIH periódica en los internos mientras están en prisión ni al salir de la misma, ni mucho menos después de que pueda haber pasado el período ventana. Es una magnífica noticia, pero en una revista científica debe expresarse con los matices adecuados.

Finalmente, el artículo que se cita en la carta en apoyo de sus tesis sobre la eficacia probada los programas en prisión⁷ tiene una afirmación genérica al respecto pero no hace ninguna sistematización o análisis de evidencia y remite a un informe de posición de la OMS que tampoco la hace. Existen muchas razones para defender estos programas, (derechos humanos, ausencia de los efectos secundarios que se les atribuyeron, etc.) pero nosotros pensamos que la calidad de la evidencia que existe sobre su efecto es muy escasa y proviene de estudios de muy baja calidad, entre otras razones por la enorme dificultad de obtenerla y porque nunca se han diseñado estudios potentes con tal fin. Un análisis crítico de una revisión más reciente publicada en una revista de gran prestigio puede llevarnos a una conclusión similar. Ya nos gustaría a nosotros disponer de un cuerpo consolidado de evidencia, pues ya decíamos en el párrafo que el autor de la carta cita: “a instauración de estos programas fue una conquista social y de salud pública frente a cuyo ejercicio es seguro que siguen existiendo enormes reticencias”. Por supuesto, el número y la calidad de los estudios fuera de prisión es muy superior, aunque también hay déficits importantes.

4. Respecto a la metodología de cálculo:

El comentario sobre que el hecho conocido de que las jeringuillas se reutilizan invalida las conclusiones del artículo nos parece difícil de sostener. Por el contrario, la reutilización supone, a nuestro entender, una prueba de la insuficiencia de la provisión. Todos los programas de intercambio han planteado siempre el objetivo de una jeringuilla por inyección que impida compartir y reutilizar, aunque es obvio que es un ideal no fácilmente alcanzable y que el objetivo principal es no compartir. En nuestro estudio asumimos una jeringuilla “por inyección y día”, lo que en la práctica supone un nivel de exigencia menor que si hubiéramos planteado una jeringuilla por inyección.

Luis de la Fuente
María J. Bravo
Eladio Jiménez-Mejías
Luis Sordo
José Pulido
Gregorio Barrio

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de la Fuente L, Bravo MJ, Jimenez-Mejias E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamiento con sustitutivos opioides e intercambio de jeringuillas en la prisiones españolas, 1992-2009. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 14: 37-47.
2. de la Fuente L, Bravo MJ, Jimenez-Mejias E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas en la prisiones españolas, 1992-2009. Una estimación corregida. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 14: 86-90.
3. 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.
4. de la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction.* 1997; 92: 1749-63.
5. de la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, Vicente J, Luna J. Declining prevalence of injecting as main route of administration among heroin users treated in Spain, 1991-1993. *Eur J Public Health.* 1997; 7: 421-6.
6. 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.
7. Gatherer A, Moller L, Hayton P. The World Health Organization European Health in Prisons Project after 10 years: persistent barriers and achievements. *Am J Public Health.* 2005; 95: 1696-700.