

CARTAS AL DIRECTOR

A propósito del artículo:

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:

En relación con el artículo publicado recientemente en la RESP titulado “Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamiento con sustitutivos opioides e intercambio de jeringas en las prisiones españolas, 1992-2009”, me gustaría puntualizar algunas ideas que se expresan en el mismo y aclarar algunos aspectos que tienen que ver con referencias que se hacen en ese trabajo a anteriores artículos en los que yo he intervenido, alguno de ellos publicado en este mismo medio.

En primer lugar debo decir que en el trabajo de L. de la Fuente se describen modelos teóricos, sobre los que yo carezco de preparación epidemiológica para opinar, es más con dificultad logro llegar a comprender la esencia de lo que pretenden demostrar.

Sin embargo si que identifico algunas afirmaciones sobre las que no estoy de acuerdo:

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

Se dice en el trabajo: “*El primer hallazgo relevante es el enorme retraso con el que dichas medidas fueron puestas en marcha: entre 8 y 25 años*”. “*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*”

Contextualizando en el inicio de las medidas preventivas en la epidemia de sida, lo primero que hay que señalar es que en la prevención del VIH, dentro y fuera de las prisiones, en el mundo occidental y en los

países en desarrollo, todo fue con retraso. Cuando en 1985 dispusimos en España de los test para detectar los anticuerpos frente al virus, dos de cada tres usuarios de drogas estaban infectados. Por tanto el momento teórico ideal de iniciar las medidas preventivas debió ser antes de esta fecha.

Hubo retraso en la implantación de los programas de intercambios de jeringuillas en los centros penitenciarios (al igual que ocurrió en la comunidad), pero también hay que decir que el primer programa de intercambio de jeringuillas en Europa, y probablemente en el mundo, se inició en Hildenbank (Suiza) junio de 1994. En nuestro país el de Basauri inició su diseño año y medio después, en diciembre de 1995, y se inició prácticamente en julio de 1997. No olvidemos que durante la preparación hubo que solventar una serie de dificultades considerables, entre las cuales destaca el hecho que la jeringuilla era un objeto ilegal en las prisiones porque se podía utilizar como arma.

También habría que decir que la experiencia se generalizó en poco tiempo a la mayoría de los centros penitenciarios españoles. Recordar también que, hoy en día, en la mayoría de los centros penitenciarios europeos, y no digamos nada de los del resto del mundo, todavía no se han iniciado ni se iniciarán.

2. Respecto a la cobertura de los PIJ

Se dice en el trabajo: “*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*”. “*Además, el marcado descenso en la cobertura de los últimos años ha sido consecuencia de la bajada en la provisión*”. “*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*”. “*La percepción generalizada de que la in-*

yección 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". "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".

"La evidencia acumulada sobre la eficacia de dichas medidas en la comunidad es ya muy amplia, tanto, para los TSO como para los PIJ"

La información de que disponemos es que dentro y fuera de las prisiones, tanto en programas de dispensación como de intercambio de jeringuillas, en nuestro país y en otros, el consumo de jeringuillas se está desplomando. Y sugerir que, en los centros penitenciarios (y no en la comunidad) ello se pueda deber a una bajada en la provisión, es una afirmación gratuita que no se sostiene, y más apoyándose en el dato de un año concreto 2007-2008. Esto pudo haber ocurrido al implantar los programas en 1997, pero con programas consolidados no parece que sea lógico.

3. Respeto a la efectividad de los programas

Se dice en el trabajo: *"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"*

Los programas preventivos (metadona, intercambio de jeringuillas,) lo que hicieron fue facilitar los cambios de hábitos. Afirmar que fuera de las prisiones está demostrado que estos programas fueron eficaces y dentro no, es incongruente, máxime cuando hemos

visto un descenso progresivo de las nuevas infecciones por VIH y VHC en los centros penitenciarios, y que en 2010 ya no hubo seroconversiones al VIH en las prisiones españolas. La propia OMS en 2005 señaló las evidencias que a su juicio existen sobre la relación causa efecto entre la aplicación de programas de intercambio de jeringuillas en prisión y la reducción de la infección por el VIH entre reclusos.¹

4. Respeto a la metodología para el cálculo del modelo teórico

En el trabajo se asume que se emplea una jeringa estéril por inyección, se estima que la máxima necesidad fue en el año 1992 en que hubieran sido necesarias 377.529 jeringuillas. 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.

Si todos los cálculos de necesidades se han hecho en base a la hipótesis de *"que se empleara una jeringuilla estéril por inyección"*, creo que las conclusiones basadas en esta afirmación se invalidan. Dentro y fuera de las prisiones, las jeringuillas se reutilizan habitualmente y cada una, en varias ocasiones aunque no se compartan. La estimación en prisión es que cada inyector utilizaba su "jeringa personal" entre 4 y 5 veces antes de intercambiarla.

José Manuel Arroyo Cobo

Subdirector General de Sanidad Penitenciaria
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gatherer, A. Moller L. Hayton P. The World Health Organization European Health in Prisons Project After 10 Years.: Persistent Barriers and Achievements. American Journal of Public Health . October 2005. Vol 96 nº 10