



## Atenció a la infecció pel VIH i altres ITS a les presons

**R. Guerrero, V. Humet i E. Turú**

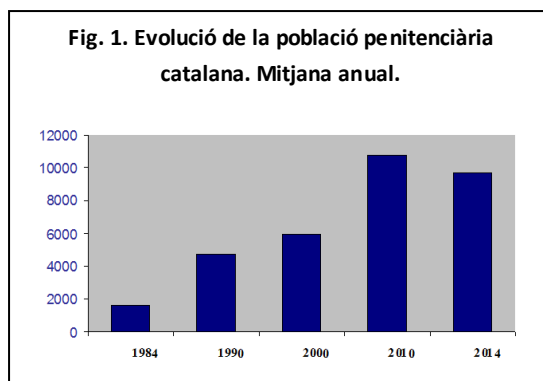
Programa de Salut Penitenciària de la Direcció Assistencial de l'Institut Català de la Salut.  
Direcció Assistencial de l'ICS.

### Característiques de la població penitenciària

Han passat trenta anys des que, el segon semestre de 1984, es va diagnosticar el primer cas de sida en l'àmbit penitenciari de l'Estat espanyol, concretament en un intern de la presó Model de Barcelona que era usuari de drogues per via parenteral. En aquell temps només s'havien declarat 20 casos de sida a tot l'Estat.<sup>1</sup>

Aquell mateix any, Catalunya va assumir les competències per a la planificació, organització i gestió dels establiments penitenciaris, cosa que li permetia, i li permet, regular el seu model organitzatiu en aquest àmbit.

Cal dir que, des d'aquell any i fins a l'actualitat, la població internada als centres penitenciaris ha sofert canvis quantitius i qualitatius de gran transcendència. Des del punt de vista numèric, el nombre de reclusos ha augmentat des dels 1.614 de l'any 1984 fins als actuals



9.222 (figura 1).<sup>2</sup> Aquesta població també ha presentat importants modificacions qualitatives, sobretot a partir de tres fets crucials. El primer, produït pels canvis legislatius posteriors a la reinstauració de la democràcia, que modificaren el perfil sociològic d'una bona part dels ingressats a les presons. El segon, i de gran transcendència, el relacionat amb el consum d'heroïna associat habitualment a les activitats delictives dels

usuaris per mantenir la seva addicció. Això va ocasionar, llavors i també actualment (encara que en menor grau), l'entrada massiva i reiterada de persones que pertanyien a aquest tipus de col·lectiu, és a dir, una població jove, amb carències en matèria de salut i amb un codi de valors modificat per la seva dependència. El tercer fet guarda relació amb el fenomen de la immigració, majoritàriament deguda a les condicions socioeconòmiques dels països d'origen,

principalment de països del continent africà (magribins del nord i centreafricans d'ètnia negra) i del continent americà (centreamericans i, sobretot, sud-americans), els quals poden arribar a representar, en algunes presons, fins al 63% de la població penitenciària. A diferència dels interns autòctons, els estrangers es caracteritzen per un consum més baix de drogues, malgrat que aquest aspecte pot variar depenent del temps d'estada a Espanya, d'una pitjor integració social i, en alguns casos, d'una major professionalització delictiva. Sociològicament, solen mancar de família estable, viuen sovint amuntegats, en condicions precàries de salubritat i sense feina o subempleats. Sanitàriament, poden ser portadors de processos transmissibles poc freqüents al nostre medi i, a més, presenten una immunitat baixa contra algunes malalties pròpies del nostre entorn. No obstant això, l'increment en el nombre d'estrangers, a més d'altres causes, ha incidit en el fet que els darrers anys estiguin disminuint determinades pràctiques comunes en les persones empresonades, com ara l'ús de droga intravenosa (UDI), unes pràctiques tradicionalment associades a l'alta prevalença de determinades malalties infeccioses en la població penitenciària, com la infecció pel VIH o pel virus de l'hepatitis C. Per contra, han augmentat altres pràctiques de risc, com les relacions sexuals sense protecció, la prostitució femenina i la masculina, la implantació de pírcings i la realització de tatuatges, malgrat que aquesta darrera ja era habitual en la població penitenciària.<sup>3</sup>

Així doncs, encara que la joventut dels internats fa pensar inicialment en una població sana i amb una baixa prevalença de malalties, la realitat és que el col·lectiu penitenciari presenta carències greus en matèria de salut i un dèficit social ampli, per la qual cosa les presons tenen un paper clau a l'hora de facilitar la intervenció en col·lectius allunyats extrapenitenciàriament de les estructures sociosanitàries.

## **Principals problemes de salut en l'àmbit penitenciari**

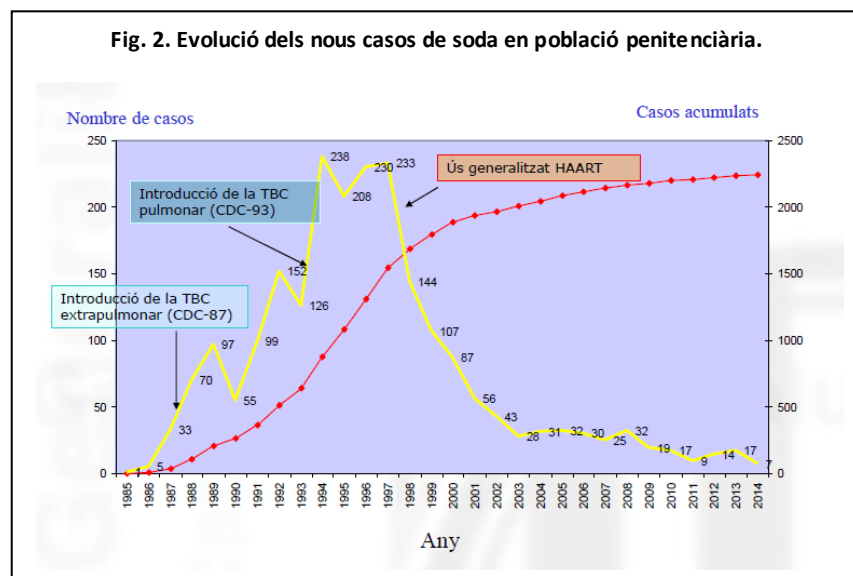
Des del punt de vista de la morbimortalitat, els problemes sanitaris més greus són, com ja s'ha esmentat, els associats a l'ús de drogues per via parenteral i, secundàriament, els derivats de la manca d'hàbits saludables.

A més a més, cal remarcar l'alta prevalença de trastorns psiquiàtrics, els quals, com passa amb les persones amb discapacitat intel·lectual, no sempre justifiquen la permanència d'aquestes persones a la presó.

S'hi ha d'afegir, finalment, la importància del mateix centre penitenciari com a element generador de malaltia, sigui per la seva funció (la privació de llibertat) o per la violència i marginació que s'hi associen.

Per una banda, la drogodependència representa una agressió reiterada i constant als òrgans vitals i, de l'altra, provoca la pèrdua d'hàbits preventius sanitaris (alimentaris, higiènics, etc.) i facilita, a més a més, la transmissió de malalties, principalment d'etiologia infecciosa. Les conseqüències de l'ús de drogues intravenoses adquireixen un relleu especial als centres penitenciaris, per l'alt nombre de consumidors o exconsumidors ingressats. No ha de sorprendre, per tant, que els programes de salut dels centres penitenciaris catalans s'adrecin

fonamentalment al tractament del problema de base (el consum de drogues) o a les malalties més prevalents en els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP), és a dir, a aquelles malalties (tuberculosi, hepatitis B, infecció pel VIH i sida o malalties de transmissió sexual) per a les quals aquest col·lectiu constitueix un grup d'alt risc. La generalització dels programes sense drogues, l'existència de comunitats terapèutiques intrapenitenciàries, la implementació dels programes de manteniment amb metadona, el programa d'intercanvi de xeringues, el tímid intent de programa de tatuatge i pírcings higiènics, i de prevenció de la sobredosi, amb més o menys èxit, són els projectes d'atenció a drogodependents que, obligatòriament i juntament amb el maneig d'ínic i terapèutic amb tractaments antiretrovirals de gran activitat (TARGA), han produït un resultat satisfactori pel que fa a l'evolució de la sida als centres penitenciaris de Catalunya (figura 2).



## Trets significatius de l'assistència sanitària a la població penitenciària

Els interns són en una situació d'especial subjecció a l'Administració penitenciària, la qual ha de vetllar per la vida, la integritat i la salut d'aquestes persones.<sup>4,5,6</sup>

Des de final dels anys vuitanta, l'assistència sanitària a les presons de Catalunya ha passat d'un model curatiu a tenir un caràcter integral, orientada a la prevenció i promoció de la salut i també a la curació i rehabilitació dels malalts.

Els programes sanitaris desenvolupats són idèntics per al conjunt de la població; per tant, als interns se'ls garanteix una atenció medicosanitària igual a la dispensada a la resta de ciutadans. És a dir, amb la mateixa cartera de serveis comuna, a la qual tenen dret la resta de residents a Catalunya. Aquesta cartera de serveis es continua mantenint fora de l'àmbit penitenciar.

En l'esmentada cartera també s'incorporen les activitats derivades del procediment penitenciari: revisió mèdica a l'ingrés, reconeixements i supervisió de les mesures d'aïllament i contenció, participació en òrgans col·legiats, funcions de control mediambiental (higiene i alimentació) i funcions d'assessorament a l'administració penitenciària i als òrgans judicials.

L'àmbit penitenciari integra, doncs, recursos d'atenció primària, especialitzada, hospitalària i sociosanitària, i altres prestacions medicosanitàries complementàries i farmacèutiques.

## **El paper de l'atenció primària en el model organitzatiu**

Cada centre penitenciari es considera una àrea bàsica de salut, amb la particularitat que no té territori i que no és possible assignar l'usuari a un metge/essa i infermer/a, atesos els continus canvis d'interns/es entre mòduls del mateix centre i amb altres centres penitenciaris.

Els equips d'atenció primària penitenciària estan formats per metges/esses, infermers/es i auxiliars d'infermeria, que tenen cura de la prevenció, promoció i educació per a la salut, a més del diagnòstic i tractament de la malaltia.

El perfil del metge que treballa a presons es correspon amb el d'un especialista en medicina de família i comunitària. Amb formació específica de postgrau en el tractament del pacient amb infecció pel VIH, més del 60% dels metges afirma que assisteix a una o més reunions científiques anuals relacionades amb aquesta infecció.<sup>3</sup>

En ingressar al centre, tots els interns són examinats per un metge en algun moment durant les primeres vint-i-quatre hores.<sup>3,4,5</sup> En aquesta visita se'ls efectua una anamnesi, una exploració i les proves complementàries que es consideren oportunes, a fi de detectar qualsevol trastorn orgànic o mental i adoptar, si escau, les mesures necessàries. Es fa un cribratge de la tuberculosi, s'ofereix una detecció del VIH, l'hepatitis i altres malalties de transmissió sexual (p. ex., la sífilis) i s'inicien altres activitats preventives.

Diàriament es realitzen visites amb cita prèvia i urgent, de metge i/o infermer, a més de les visites de seguiment de les malalties rellevants.

Actualment hi ha consulta diària als mòduls residencials i guàrdies presencials o localitzades (depenent de la capacitat del centre) que cobreixen les urgències sanitàries o derivades de processos regimentals que es produeixen durant les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

El repartiment de medicació s'engloba en l'atenció primària. Als centres penitenciaris es fa tractament directament observat en aquells casos en què la disminució de la capacitat física i/o mental del pacient pugui dificultar o impedir el compliment del tractament, i també per als malalts de tuberculosi i els que segueixen tractament amb psicofàrmacs.

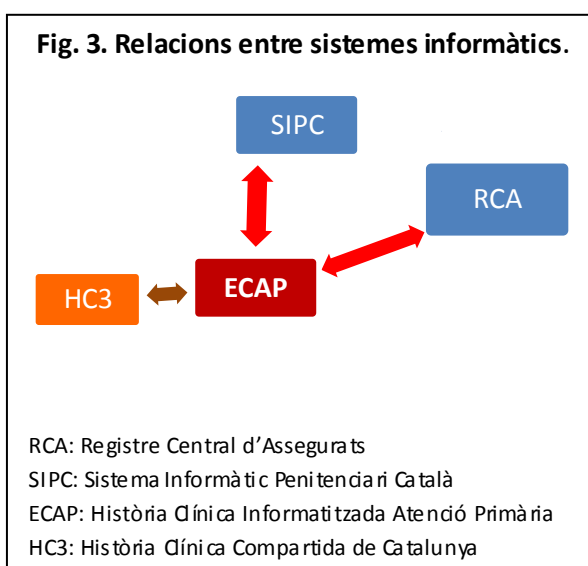
Els equips d'atenció primària penitenciària també són els responsables del control i tractament de les persones ingressades a les unitats d'infermeria dels centres penitenciaris. En general, són pacients amb un grau de complexitat que no requereix l'ingrés en una unitat hospitalària,

però que tampoc no poden fer vida normal en un mòdul de residència ordinari, sigui per la malaltia, el tractament, el grau d'autonomia, etc.

Com ja s'ha comentat, les persones privades de llibertat disposen dels mateixos programes i activitats preventives que la població general. En aquests sentit, a tots els centres penitenciaris amb dones ja funciona el programa de detecció de neoplàsia de mama, i també les activitats preventives del Programa sanitari d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i les del Programa del nen sa al departament de mares del Centre Penitenciari de Dones de Barcelona.

## Perspectives de futur

La sanitat penitenciària a Catalunya ha passat a formar part del Servei Català de la Salut i, pel que fa als equips d'atenció primària penitenciària, aquests s'han integrat a l'Institut Català de la Salut.<sup>7</sup>

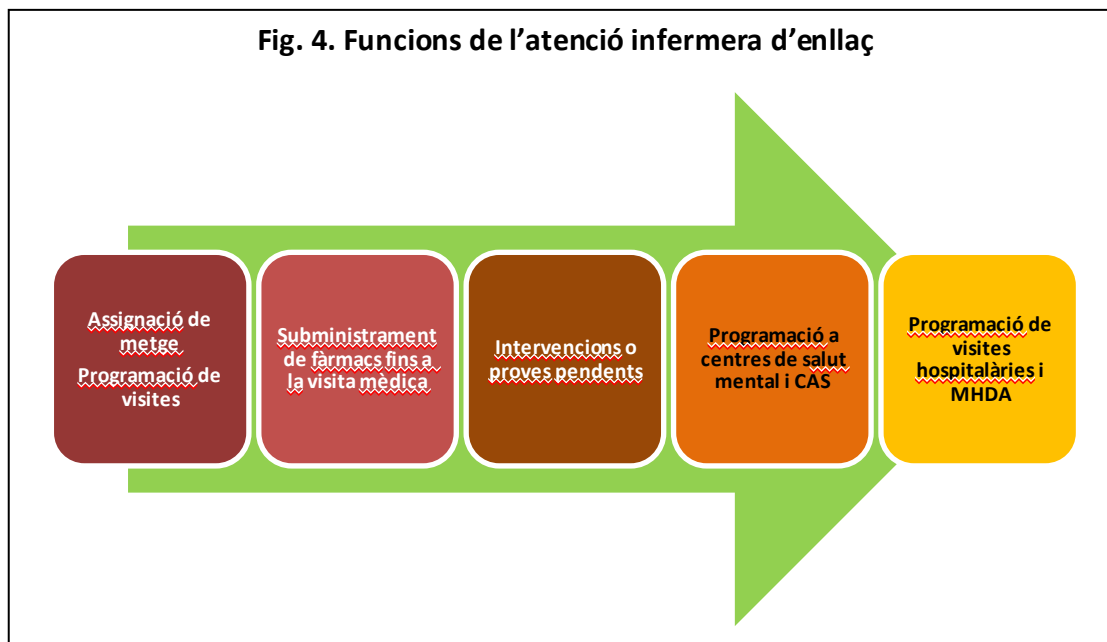


Aquesta nova situació, esperada des de fa molts anys pel col·lectiu de sanitaris de presons, obre noves perspectives pel que fa a l'assistència a la població penitenciària. La primera és la normalització de l'entrada de la població reclusa al sistema sanitari. La segona, l'adjudicació i ús del corresponent codi d'identificació personal (CIP), imprescindible per utilitzar la història clínica informatitzada (e-CAP), la història clínica compartida de l'ICS (HCCICS) i la història clínica compartida de Catalunya (HC3) (figura 3). Amb aquesta nova eina es

millora l'accés a la informació sanitària prèvia a l'ingrés i també la traçabilitat i seguiment d'aquests pacients una vegada són fora dels centres penitenciaris. Tot això s'ha de fer, entre altres canals, mitjançant la Xarxa d'Atenció Primària, de manera coordinada i transversal, cosa que facilita la continuïtat assistencial.<sup>7</sup>

D'altra banda, ens permetrà afegir-nos a altres programes que ja estan en marxa, com el Programa de promoció i atenció a la cronidat, i a altres projectes innovadors, com ara una atenció infermera d'enllaç que permeti acompanyar el reclus i comprovar si el trànsit a la comunitat té la continuïtat necessària: assignació de metge, programació de visites, subministrament de fàrmacs, intervencions pendents, visites al centre d'atenció i seguiment (CAS) i al centre de salut mental, si escau (figura 4).

**Fig. 4. Funcions de l'atenció infermera d'enllaç**



## Referències bibliogràfiques

1. Caylà JA, Marco A, Bedoya A, Guerrero R, García J, Martín V, et al. Differential characteristics of AIDS patients with a history of imprisonment. *Int J Epidemiol.* 1995;24:1188-96.
2. Departament de Justícia. Descriptors estadístics serveis penitenciaris. Evolució de la població a presons. Últim dia de cada mes. [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/1\\_pob.html](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html)
3. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J. ¿Qué opinan los médicos penitenciarios sobre el control de la infección por el VIH en las prisiones españolas? Resultados del estudio del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GISESP). *Rev Esp Sanid Penit.* 2009;11:36-40.
4. Llei Orgànica 1/1979, de 26 de setembre, General Penitenciària (BOE 239 de 5.10.1979).
5. Reial decret 190/1996, de 9 de febrer, pel qual s'aprova el Reglament penitenciari (BOE 40 de 15.2.1996; correcció d'errors en el BOE 112 de 8.5.1996).
6. Decret 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya (DOGC 4714 de 7.9.2006; correcció d'errada en el DOGC 4751, pàg. 45367, de 31.10.2006).
7. Morral R. Cronicidad y atención primaria: rol de la sanidad penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit.* (en premsa).