



MINISTERIO
DEL INTERIOR

DIRECCIÓN GENERAL DE
INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

SUBDIRECCIÓN GENERAL
SANIDAD PENITENCIARIA

INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN EL MEDIO PENITENCIARIO

PROGRAMA MARCO

OCTUBRE 2002

CORREO ELECTRONICO

sgsp@dgip.mir.es

C/ ALCALÁ, 38-40
28014 MADRID
TEL: 91 335 48 45
FAX: 91 335 49 92



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	2
I. JUSTIFICACIÓN	4
II. ANTECEDENTES EN PRISIONES ESPAÑOLAS.....	5
III. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA	8
IV. OBJETIVOS	9
V. POBLACIÓN DIANA	9
VI. SISTEMÁTICA DE ACTUACIÓN	10
1. Procedimiento de inicio	10
2. Actuaciones con los internos participantes	11
3. Cese del intercambio	12
4. Registro de la actividad	12
VII. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	13
VIII. MATERIAL.....	13
IX. CONFIDENCIALIDAD	14
X. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN A LOS TRABAJADORES	14
XI. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	15
XII. ANEXOS.....	16



PRESENTACIÓN

El primer programa de intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario se instaura en España en el centro penitenciario de Basauri en julio de 1997. Siendo las enfermedades de transmisión parenteral uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sanidad penitenciaria, y los programas de intercambio de jeringuillas una herramienta efectiva para su prevención, y teniendo además en cuenta el impacto de la situación sanitaria de las prisiones en la epidemiología global de estas enfermedades, la comprobación de la viabilidad de estos programas en el medio penitenciario era una medida de singular trascendencia para la salud pública tanto de las prisiones como de todo el conjunto de la sociedad.

A la experiencia de Basauri siguió la de Pamplona en 1998, y en 1999 se sumaron voluntariamente a la iniciativa los centros de Orense y Tenerife. Con la experiencia disponible hasta entonces, en abril de 2000 vio la luz el documento “Elementos clave para la implantación de programas de intercambio de jeringuillas en prisión”, editado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por el Ministerio del Interior. Posteriormente el programa se extendió a los centros de Martutene, A Lama, Bonxe, Monterroso, Teixeiro, Nanclares y Villabona, de modo que a final de 2001 eran ya once los centros que contaban con este programa, y con ello se han aportado elementos nuevos a lo que se conocía en el año 2000. Se considera que ha quedado suficientemente comprobada la eficacia y la viabilidad de este tipo de programa en el medio penitenciario, y por lo tanto ha llegado el momento de su implantación generalizada.

La experiencia acumulada por los centros señalados, plasmada en diversos documentos de evaluación y transmitida en múltiples contactos con sus responsables, resulta de gran valor a la hora de orientar la puesta en marcha del programa en el resto de los centros. Este documento, basado en dicha experiencia, pretende dar respuesta a los múltiples interrogantes planteados por los centros que viven ahora las primeras fases de la implantación del programa. El objetivo es que los distintos centros puedan diseñar sus programas específicos dentro de un marco común que, además de dar la necesaria homogeneidad a esta actividad dentro de la Institución, permita obtener desde el primer momento los mejores resultados aprovechando la experiencia ya vivida por otros.

Los centros que estén diseñando sus programas en estos momentos deberán hacerlo dentro del marco señalado en este documento. Por otra parte, aquellos centros que ya hayan puesto en marcha el programa deberán adaptarlo progresivamente a las directrices que aquí se establecen,



sin perjuicio de aprovechar también las conclusiones que emanen de las evaluaciones específicas de sus propios programas.

Quiero agradecer desde estas líneas la colaboración de los centros que en su día tomaron la iniciativa en la implantación de esta actividad innovadora, y agradecer también de antemano el trabajo que van a desarrollar los profesionales sanitarios de todas las prisiones, así como la colaboración del resto de la Institución, imprescindible para lograr los objetivos que se pretenden. Este programa vendrá a sumarse a las diversas actividades que ya se están desarrollando para el control de estos y otros problemas de salud en las prisiones, y con ello se conseguirá sin duda seguir mejorando progresivamente el nivel de salud de la población interna, y por ende de toda la sociedad.

Madrid, marzo de 2002

Juan Antonio López Blanco
Subdirector General de Sanidad Penitenciaria

I. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades de transmisión parenteral presentan una alta prevalencia en el medio penitenciario. Actualmente se estima en torno a un 15% la prevalencia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a un 40% la de infección por virus de la hepatitis C (VHC). Estas enfermedades son de una gran trascendencia, tanto por las graves repercusiones sobre la salud individual como por su carácter transmisible y por el alto coste de su tratamiento. También es importante tener en cuenta la repercusión de la infección por el VIH en la epidemiología de la tuberculosis, otro gran problema de salud pública, especialmente en el medio penitenciario.

La prevención de las enfermedades de transmisión parenteral es por lo tanto una prioridad de primer orden dentro de las políticas de salud pública de las instituciones penitenciarias. La importancia del control de estas enfermedades en la población interna trasciende el medio penitenciario y afecta a toda la sociedad, del mismo modo que las medidas para el control de estas enfermedades en el medio extrapenitenciario repercuten directamente en la situación epidemiológica de los centros penitenciarios. En las prisiones se concentra una parte importante de la población afectada por estas enfermedades: así, mientras que las prisiones albergan aproximadamente el 1 por mil de la población, más de un 7% de los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) notificados en España son diagnosticados en prisión.

Es por lo tanto una responsabilidad ineludible de los profesionales sanitarios que trabajamos en el medio penitenciario la aplicación de las medidas que se hayan demostrado eficaces para el control de estas enfermedades, dando prioridad, para una mayor eficiencia, a aquellas medidas con mejor relación coste/efectividad.

El uso de drogas inyectadas es con mucho la vía de transmisión más frecuente en nuestro medio para estas enfermedades. Así, entre los casos de sida notificados en IIPP, alrededor del 90% refieren como práctica de riesgo el uso de drogas inyectadas. La otra vía con una frecuencia significativa es la vía sexual, y a su vez más de la mitad de las personas que se supone que se han infectado por esta vía han mantenido relaciones sexuales con usuarios de drogas inyectadas (UDI). Por lo tanto el uso de drogas inyectadas, directa o indirectamente, está en el origen de la inmensa mayoría de los casos de sida en el medio penitenciario.

En los últimos años se han venido aplicando diversas medidas para la prevención de las enfermedades de transmisión parenteral, tanto en los centros penitenciarios como en el medio extrapenitenciario: campañas de información sanitaria, programas de educación para la salud, programas de formación de mediadores en salud, vacunación frente a la hepatitis B, programas de mantenimiento con metadona y programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). Estas medidas



han dado sus frutos: la incidencia de hepatitis B en prisiones se ha reducido a niveles mínimos (13 casos en 2001) gracias a la alta cobertura vacunal alcanzada, la prevalencia de infección por VIH se ha reducido desde el 32% observado en el primer estudio transversal de 1989 hasta el 15% actual, la prevalencia de infección por VHC se estima que se ha reducido en 6 puntos (de 46% a 40%) entre 1998 y 2001. Sin embargo, el problema sigue siendo de gran trascendencia y es imprescindible mantener y completar las acciones emprendidas para seguir progresando en la prevención de estas enfermedades.

II. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN PRISIONES ESPAÑOLAS

En 1999 se constituyó en la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida el Grupo de Trabajo sobre programas de Intercambio de Jeringuillas en Prisiones, formado por personas pertenecientes a la propia Secretaría, a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y a algunas comunidades autónomas. Este Grupo elaboró el documento "Elementos clave para la implantación de programas de intercambio de jeringuillas en prisión", que fue editado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio del Interior en abril del año 2000.

Aquel documento especificó los fundamentos teóricos para la implantación en prisiones de los programas de intercambio de jeringuillas que, a nivel general, se consignaban en la "Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas" editada en 1996 por la Secretaría del Plan Nacional sobre Sida.

En febrero del año 2000 -había en funcionamiento en las prisiones españolas 5 PIJ y ya se habían realizado las evaluaciones de algunos de ellos; al finalizar el año 2001 los PIJ estaban implantados en 11 centros. Entre las conclusiones más relevantes de las evaluaciones de estos programas llevadas a cabo estaban:

La puesta en marcha de un PIJ, al igual que en el medio extrapenitenciario, es realizable y adaptable a las condiciones de ejecución de la condena.

Los PIJ en prisión, al igual que en el medio extrapenitenciario, inducen cambios conductuales de disminución de riesgos asociados al uso inyectado de drogas.

Los PIJ en prisión facilitan la derivación de usuarios a programas de tratamiento de las drogodependencias.

La implantación de un PIJ no aumenta el consumo de drogas en general, ni el consumo de heroína y cocaína por vía parenteral, en particular.



Un PIJ en prisión debe operar con cierta flexibilidad, individualizando los distintos casos en función de sus peculiaridades, pero sin olvidar las condiciones de ejecución marcadas en cada programa.

Es posible la coexistencia del PIJ y de otros programas de prevención o de intervención con drogodependientes.

Tras comprobar la efectividad y viabilidad de los PIJ en las prisiones españolas, a través de las sucesivas evaluaciones llevadas a cabo, en enero de 2002 se generaliza el programa a todos los centros penitenciarios.

En cuanto a la expresión legal y normativa que en algunos casos ha precedido la puesta en marcha de los programas y en otros ha confirmado las actividades relacionadas con los PIJ, es de destacar que:

En diciembre de 1995 una Proposición no de Ley del Parlamento Vasco instaba al Gobierno Vasco a solicitar a la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios a poner en marcha, con carácter piloto, un programa de intercambio de jeringuillas en uno de los tres centros de la Comunidad Autónoma Vasca, cuya evaluación permitiera adoptar una decisión uniforme y razonada para la introducción de jeringuillas en el medio penitenciario. El primer PIJ en prisión fue puesto en marcha en el centro de Basauri en julio de 1997.

En octubre de 1996 el auto 247 de la Audiencia Provincial de Navarra ordena a la Dirección de la prisión de Pamplona el poner en práctica un programa de intercambio de jeringuillas como prestación de la Administración penitenciaria mediante las medidas de asistencia previstas en el Reglamento Penitenciario, bien directamente o a través de los convenios, conciertos o contratos que crea oportunos.

Desde el año 1997 el Defensor del Pueblo en respuesta a sucesivas quejas que le son planteadas insta a la Administración penitenciaria a implantar los PIJ en los centros.

En marzo de 2001 una Proposición no de Ley aprobada por el Parlamento Español insta al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para implantar la distribución gratuita de jeringuillas entre los reclusos toxicómanos en todos los centros penitenciarios.

Algunas comunidades autónomas en su legislación sobre drogodependencias, por ejemplo Castilla y León, han reseñado específicamente la necesidad de instaurar PIJ en los centros penitenciarios ubicados en su territorio.

En cuanto a la normativa en el ámbito penitenciario (ver anexo) los antecedentes son los siguientes:



En noviembre de 1998 la Dirección General de Instituciones Penitenciarias realiza una recomendación a todos los centros para desarrollar en ellos intervenciones de reducción de daños en UDI, que contemplen el intercambio de jeringuillas como forma de prevención de enfermedades transmitidas por vía parenteral, y de reducir otros posibles daños asociados al consumo endovenoso.

En junio de 2001 la Dirección General de Instituciones Penitenciarias realiza una Instrucción para generalizar a todos los centros penitenciarios la implantación de los PIJ según la planificación que realice la Subdirección General de Sanidad. Previamente a esta Instrucción que generaliza los PIJ, y ante la necesidad de modificar las normas de régimen interior de los centros en los que ya se han ido implantando los PIJ, la Dirección General realiza desde julio de 1997 las correspondientes Instrucciones dirigidas a cada centro para autorizar esas modificaciones.

En octubre de 2001 la Subdirección General de Sanidad establece que a partir de enero de 2002 el PIJ debe de ser efectivo en todos los centros penitenciarios.

En marzo de 2002 se realiza y se distribuye en los centros el actual "Programa Marco sobre el Intercambio de Jeringuillas en el medio Penitenciario", basado en el corpus teórico de los documentos referidos anteriormente, aunque con criterios de pragmatismo y operatividad.

Los PIJ son elaborados, ejecutados y evaluados a través del personal sanitario de los centros, y son considerados como otro programa sanitario más. El PIJ debe ayudarnos a reducir la morbimortalidad asociada con el uso de jeringuillas no estériles para consumir drogas por vía intravenosa, así como a establecer contacto sanitario con algunos UDI.

Cada centro elabora el PIJ propio, que debe ser aprobado por la Comisión de Dirección del centro (ver en anexo de normativa, a modo de ejemplo, la orden de dirección del centro de El Dueso). Para elaborarlo los responsables sanitarios de los centros contactan con los responsables de prevención del sida y de drogodependencias de su Comunidad al objeto de requerir su colaboración, tanto de posible apoyo técnico como para que sea facilitado al centro el mismo tipo de kits que se usa en los programas de intercambio extrapenitenciarios.

Tras la evaluación de los PIJ que se iniciaron como proyectos pilotos (Basauri y Pamplona), y evaluaciones posteriores realizadas en los sucesivos programas que se fueron instaurando, (Teixeiro, Bonxe, Monterroso, A Lama y Orense), se ha comprobado que los PIJ son efectivos en prisiones al igual que en el medio extrapenitenciario, y se ha confirmado lo injustificado de los temores iniciales a los posibles efectos no deseados debidos a la peculiaridad del medio penitenciario. Tras la experiencia acumulada y al generalizar los PIJ, en este Programa Marco no se establecen ya como mínimos la existencia específica de Comisiones de coordinación, de



evaluación y seguimiento de los mismos, cuya existencia era, lógicamente, obligada en las experiencias piloto, dejándose a criterio del centro su creación.

Hay una serie de datos cuantitativos mínimos que se recogen en los centros, y cada semestre se realiza una evaluación de forma centralizada. Además de los datos que se recogen de forma rutinaria, en este Programa Marco se recomienda la realización en los centros de evaluaciones periódicas para saber cómo está funcionando el programa y corregir las posibles desviaciones que se puedan producir.

III. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

El intercambio de jeringuillas en Instituciones Penitenciarias es un programa de reducción de daños que se instaura con objeto de prevenir la transmisión de enfermedades entre los usuarios de drogas inyectadas a través del uso compartido del material de inyección.

Aunque el acercamiento de los UDI al equipo sanitario se puede y debe aprovechar para asesorarles en todo lo que atañe a la protección de su salud, la intervención terapéutica sobre su proceso adictivo no es el objetivo principal que se pretende. Se trata por lo tanto de una actividad de carácter exclusivamente sanitario, independiente del enfoque terapéutico de la adicción del paciente, y que no debe afectar ni interferir con las políticas institucionales de abordaje de las drogodependencias ni de control del uso y tráfico de drogas en la prisión.

IV. OBJETIVOS

Objetivos generales

Prevenir las infecciones por VIH, VHB, VHC y otros agentes patógenos asociados al uso inyectado de drogas en la población reclusa.

Integrar los programas de reducción de daños en los servicios socio-sanitarios que ofrece el centro penitenciario.

Objetivos específicos

- Reducir la frecuencia de uso compartido de jeringuillas y agujas para la inyección de drogas mediante la distribución de material de inyección estéril.
- Mejorar las condiciones higiénicas de la autoinyección mediante la información y la educación para la salud, así como favorecer la modificación de otros comportamientos de riesgo para evitar la transmisión de estas enfermedades por vía sexual.

Objetivos complementarios

- Facilitar la comunicación entre los UDI y los profesionales sanitarios, de modo que se propicie la derivación a programas de tratamiento de la drogodependencia.
- Conocer las características y necesidades de la población UDI, con el fin de diseñar y priorizar adecuadamente las intervenciones de asesoramiento y educación para la salud.
- Motivar y sensibilizar a los trabajadores de los centros penitenciarios sobre los beneficios de los PIJ.

V. POBLACIÓN DIANA

La población diana la constituyen todos los usuarios de drogas inyectadas internados en los centros penitenciarios. No obstante, por las características de la normativa penitenciaria, es frecuente que los usuarios de drogas inyectadas no quieran solicitar jeringuillas por temor a hipotéticas consecuencias negativas sobre los beneficios penitenciarios a los que pudieran optar. En tal caso es posible que internos no inyectores hagan de intermediarios para hacer llegar las jeringuillas a los verdaderos usuarios. Aunque esta situación no es la idónea, es un paso positivo hacia la consecución de los objetivos del programa. Por lo tanto todos los internos, sean o no UDI, deben ser considerados candidatos potenciales al intercambio de jeringuillas.

Situaciones especiales

- **Internos psicóticos o con discapacidad psíquica.** Cuando un paciente de estas características solicite participar en el intercambio, su caso debe ser estudiado individualmente, y el médico responsable de su atención decidirá si procede o no acceder a la solicitud, tras consultar en su caso con el psiquiatra que le esté tratando.
- **Internos incluidos en programas de tratamiento de la drogodependencia.** Los internos incluidos en estos programas (metadona, naltrexona, programa libre de drogas) deben acceder al intercambio siempre que lo soliciten. Los internos en programa de mantenimiento con metadona que solicitan jeringuillas generalmente las usan para inyectarse cocaína, pero se debe preguntar al interno sobre el tipo de droga que consume, ya que el uso mantenido de heroína indica en general una insuficiencia de la dosis de metadona. La solicitud por parte de un interno en programa libre de drogas se abordará desde un punto de vista terapéutico, y se realizarán las acciones terapéuticas que se estimen oportunas para ayudarle a superar la recaída, pero no se debe nunca denegar el acceso al material estéril.
- **Internos de especial peligrosidad.** Desde el punto de vista sanitario, todos los internos deben tener igual posibilidad de acceso al material de inyección estéril. La Dirección de cada centro regulará el modo de acceso de los internos especialmente peligrosos, teniendo en cuenta que siempre será preferible adoptar normas especiales de seguridad con estos internos que denegar las jeringuillas estériles.

VI. SISTEMÁTICA DE ACTUACIÓN

1. Procedimiento de inicio

Antes del inicio de la actividad de intercambio, se informará ampliamente a internos y funcionarios de su puesta en marcha por los procedimientos que se consideren más adecuados (por ejemplo charlas, carteles, folletos, entrevistas personales etc.). El interno que desee participar en el intercambio solicitará el primer kit a su médico o enfermero o al personal que ejecuta el PIJ.

A los internos que ingresen en el centro se les informará en la primera consulta programada de la existencia del PIJ, al igual que sobre el resto de los programas sanitarios, y se le dará la posibilidad de obtener el primer kit. Es conveniente entregar información escrita además de la oral.

Si se encuentra alguna jeringuilla que no sea del programa, se comunicará al equipo sanitario con objeto de que pueda ser sustituida por otra del programa, favoreciendo de este modo el acceso al intercambio de los internos UDI.

2. Actuaciones con los internos participantes

2.1 Información previa

Todos los internos que deseen intercambiar deben recibir información sobre los riesgos que entraña la inyección de drogas, sobre las alternativas terapéuticas disponibles para el tratamiento de la drogodependencia, sobre la técnica de inyección segura y sobre las normas del PIJ. En cuanto a la inyección segura, es importante que comprendan que no sólo las jeringuillas, sino también los filtros y las cucharas o recipientes donde se disuelve la droga pueden ser vehículo de transmisión de enfermedades, por lo que no deben compartir ninguno de estos instrumentos. Se indicará asimismo al interno que no debe compartir con nadie el material que se le entrega, y que tras usar la jeringuilla debe intercambiarla o devolverla tan pronto como sea posible.

2.2 Dispensación, intercambio o recogida de kits

Es la actividad central del programa. Tras la entrega del primer kit, la norma debe ser el intercambio: es decir, se requiere la devolución de la jeringuilla anterior para entregar un nuevo kit. Si bien esta norma debe quedar clara para todos los usuarios, se debe ser flexible en su aplicación, teniendo siempre en cuenta el objetivo primordial del programa, que es evitar el uso compartido de jeringuillas. También es posible que algunos internos prefieran devolver la jeringuilla enseguida después de su uso y solicitar otra posteriormente, cuando vayan a consumir de nuevo.

No se deben poner excesivas normas que desvíen la atención de las verdaderamente fundamentales y obligatorias que deben conocer los internos y que son las siguientes:

- La jeringuilla debe estar siempre estuchada y cerrada dentro de su contenedor rígido.
- En caso de cacheo el interno debe avisar al funcionario de que tiene la jeringuilla.
- En caso de salidas custodiadas el interno no podrá llevar consigo la jeringuilla.

2.3 Actuaciones posteriores

No es preciso ningún seguimiento específico posterior a la entrega de jeringuillas. No obstante, la participación en el intercambio debe tenerse en cuenta a la hora de priorizar las actividades de asesoramiento individualizado en consulta programada, así como la inclusión en eventuales actividades grupales de educación para la salud relativas a las enfermedades de transmisión

parenteral, consumo seguro y sexo seguro. En las actividades de educación sanitaria que se lleven a cabo con los internos implicados se debe poner especial énfasis en los siguientes puntos:

- aconsejar y estimular el cambio de vía, explicando los riesgos añadidos que supone el consumo por vía intravenosa.
- Explicar otros posibles mecanismos de transmisión del VIH y del VHC, fundamentalmente el uso compartido de otros útiles de inyección, los tatuajes y las relaciones sexuales no protegidas.

2.4 Derivación a programas de tratamiento de drogodependencias

Todos los internos que participen en el intercambio deben recibir información y asesoramiento individualizado sobre los programas de tratamiento de la drogodependencia. Se procurará motivar a los adictos a heroína para su inclusión en programa de mantenimiento con metadona. Sin embargo, nunca se debe intentar imponer una derivación.

3. Cese del intercambio

El cese del intercambio sólo podrá producirse por voluntad del interno. En caso de libertad o conducción a otro centro, accederá al intercambio bien en los dispositivos extrapenitenciarios, o bien en el centro de tránsito o de destino. A efectos de recogida de datos todos estos casos se reflejarán como bajas del programa en el centro de origen. La inclusión en programa de mantenimiento con metadona u otros programas de tratamiento no debe ser incompatible con el intercambio, a no ser que el interno así lo decida. La denegación del acceso a jeringuillas no debe producirse salvo en circunstancias muy excepcionales (agresión con la jeringuilla, incumplimiento flagrante y reiterado de las normas del programa que suponga peligro para otras personas). Conviene recordar a este respecto que el presente programa tiene como objetivo fundamental la prevención de la transmisión de enfermedades y, por lo tanto, la disponibilidad de material de inyección estéril.

4. Registro de la actividad

Se recogerán para cada usuario en el momento del intercambio los siguientes indicadores de actividad del programa:

- número de jeringuillas entregadas.
- número de jeringuillas devueltas y usadas.
- fecha de alta y de baja del programa de intercambio, y motivo de la baja (derivación a programa libre de drogas, a programa de metadona, conducción, libertad...)



Para salvaguardar la confidencialidad de la información o para aumentar la confianza del interno, se podrá utilizar en las hojas de registro el código asignado por la aplicación informática SANIT o un seudónimo elegido por el usuario en lugar del nombre.

La introducción de los datos en el SANIT permitirá obtener fácilmente los resúmenes estadísticos y disponer de información fiable y homogénea de todos los centros.

VII. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

El programa será ejecutado por el equipo sanitario del centro penitenciario. Excepcionalmente, cuando se disponga de financiación y las circunstancias así lo aconsejen, se podrá contar con el apoyo de personal externo que esté colaborando en la atención a drogodependientes en la prisión. Todos los miembros del equipo sanitario pueden participar en la ejecución, tanto médicos como enfermeros y auxiliares de enfermería. Cada equipo sanitario decidirá qué personas llevarán a cabo el intercambio, así como el lugar, frecuencia y horario del mismo, en función de la disponibilidad de recursos, teniendo en cuenta que:

- El lugar y horario que se elijan deben garantizar la accesibilidad y la confidencialidad del programa.
- Cuanto mayor sea la frecuencia de distribución, además de mejorar la accesibilidad se reduce el tiempo en que el interno está en posesión de una jeringuilla contaminada, y por lo tanto la probabilidad de que sea reutilizada por él mismo o por otros internos.

VIII. MATERIAL

El kit de intercambio debe contener al menos los siguientes elementos:

- Jeringuilla y aguja dentro de un estuche rígido transparente o translúcido
- Toallita desinfectante
- Agua destilada

Se pueden utilizar agujas de dos tamaños: americanas (0,33 x 12,7) y españolas (0,5 x 16). La inyección de cocaína requiere la aguja de mayor calibre, mientras que para la inyección de heroína es suficiente el calibre menor. Es aconsejable disponer de ambos tipos.

Se puede considerar además la dispensación de un filtro y una cazoleta estéril (*Stéricup*) para preparar la disolución. Con el fin de promover el cambio de vía, se puede considerar también la dispensación de papel de aluminio a los internos que lo deseen.

El número de kits a entregar depende de la frecuencia del intercambio y de los hábitos de consumo del usuario: debe ser el necesario para dar cobertura a las necesidades del interno, sin que tenga que reutilizar la jeringuilla, hasta el siguiente día en que pueda intercambiar.

IX. CONFIDENCIALIDAD

El PIJ es una actuación de salud que prioriza la prevención de la enfermedad en el toxicómano sobre la intervención en su adicción. Se trata por lo tanto de un programa de carácter



exclusivamente sanitario. Ello le confiere el carácter de confidencialidad regulado en la Ley General de Sanidad y en el Reglamento Penitenciario para salvaguardar los datos clínicos y la información sanitaria.

El artículo 215 del Reglamento Penitenciario dice: “Los datos integrados en la historia clínica individual tendrán carácter confidencial, debiendo quedar correctamente archivados y custodiados, siendo únicamente accesibles para el personal autorizado”.

El artículo 8 del Reglamento Penitenciario dice: “Los datos de carácter personal de los reclusos relativos a opiniones políticas, a convicciones religiosas o filosóficas, al origen racial y étnico, a la salud o a la vida sexual, que hayan sido recabados para formular los modelos individualizados de ejecución o los programas de tratamiento penitenciarios, sólo podrán ser cedidos o difundidos a otras personas con el consentimiento expreso y por escrito del recluso afectado o cuando por razones de interés general así lo disponga una Ley”.

Los internos deben ser adecuadamente informados sobre el carácter confidencial de su participación en el intercambio. La credibilidad que otorgue el interno UDI a las garantías de confidencialidad es un factor clave para su participación y adherencia, y por lo tanto para el éxito del programa.

X. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN A LOS TRABAJADORES

Antes de la puesta en marcha del programa, los trabajadores del centro penitenciario deben ser ampliamente informados sobre el mismo. En este sentido es conveniente realizar cursos para la formación, motivación y sensibilización sobre los beneficios de los programas de reducción de riesgos y, en particular, los PIJ. Se deben explicar los motivos de su puesta en marcha, los objetivos, la importancia de mantener la confidencialidad y las normas que se establezcan para su funcionamiento.

Como se dijo al principio, en el apartado de justificación, el temor a posibles disfunciones del programa derivadas de las peculiaridades del medio penitenciario es un factor que preocupa, y que de hecho ha disuadido de su implantación generalizada en años pasados, a la espera de tener experiencia al respecto. Los resultados en los centros que ya tienen en marcha el programa no corroboran estos temores. En este sentido, y en lo referido al posible incremento del riesgo para los trabajadores al ponerse en marcha los PIJ, la Dirección General de Inspección de Trabajo y Seguridad Social en su Instrucción 101/2002 estima que “la implantación del PIJ no plantea inconvenientes graves al desarrollo de la actividad de los funcionarios de prisiones, sino que más bien atenúa y minimiza los riesgos derivados de la utilización de jeringuillas clandestinas”. No obstante, se deben adoptar una serie de medidas de protección y prevención para eliminar o reducir los riesgos, y entre ellos:



- Manejar con la debida precaución las agujas y los instrumentos cortantes que recojan o manipulen por cualquier motivo.
- Si las agujas no están contenidas en su correspondiente estuche rígido, no deben ser reencapuchadas con el cono de protección, ni sometidas a ninguna manipulación.
- Nunca se eliminarán objetos cortantes o punzantes en las bolsas de plástico situadas en los cubos convencionales de basura; se deben eliminar en los contenedores rígidos resistentes a la punción que existen en todos los centros.
- En caso de pinchazo, accidental o no accidental, se comunicará lo antes posible a la unidad correspondiente de salud laboral, que especificará en cada caso, las medidas a seguir.

En lo que se refiere al riesgo de accidentes laborales, los trabajadores deben conocer que el riesgo de contagio en personal sanitario tras un pinchazo es muy bajo (0,3% con una aguja recién usada en una persona seropositiva). La puesta en marcha del PIJ no debe aumentar el riesgo, sino que tal y como se ha referido anteriormente, debe suponer una mayor seguridad. En primer lugar se sustituyen las jeringuillas ilegales, por lo general escondidas y sin protección, por jeringuillas del programa, provistas de un estuche rígido protector. En segundo lugar, en caso de accidente, disminuye la probabilidad de que la jeringuilla esté usada, ya que el interno puede y debe intercambiarla por una nueva tan pronto como tenga ocasión después de su uso. En tercer lugar, en caso de que esté usada se reduce la probabilidad de que haya sido compartida por varios internos, lo que a su vez reduce la probabilidad de que esté infectada, a la par que permite identificar con mayor seguridad al usuario de la misma, lo que permite tomar decisiones preventivas en caso necesario. Finalmente, a largo plazo, la reducción de las enfermedades de transmisión parenteral hará de las prisiones un entorno más saludable y de menor riesgo.

Aunque el riesgo de pinchazo accidental en una prisión es muy remoto y mucho menos probable que el de un centro sanitario, es importante adoptar las medidas necesarias para proteger al máximo la seguridad de los trabajadores. Para ello, el elemento esencial es que la jeringuilla esté siempre guardada en su estuche. Una jeringuilla estuchada no es peligrosa aunque esté escondida, mientras que siempre es posible un accidente con una aguja desenfundada, aunque esté visible. Por lo tanto las normas del programa deben poner el mayor énfasis en la obligatoriedad de que la jeringuilla esté siempre guardada en su estuche. También hay que tener en cuenta que no es conveniente establecer muchas normas, ya que la importancia de lo fundamental se diluye cuando las normas son excesivas. Es más sencillo cumplir las normas mínimas básicas que de verdad influyen en el mantenimiento de la seguridad del programa, que no implantar un programa con muchas normas accesorias que puede conducir a descuidar las medidas eficaces de prevención y, por consiguiente, a aumentar el riesgo de accidentes.



XI. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La información cuantitativa de la actividad realizada se obtiene automáticamente del SANIT: número de usuarios, número de jeringuillas suministradas y devueltas, altas y bajas del programa, y motivos de las bajas.

La incidencia de las patologías asociadas con el consumo de drogas (VIH, VHC, VHB), se recogerá a través de los medios habituales (SANIT, Enfermedades de Declaración Obligatoria). Es conveniente que se recopile también información sobre los incidentes y sanciones relacionados con el PIJ.

Además de estos datos, es necesario conocer la repercusión del programa sobre las prácticas de riesgo, y las opiniones sobre la marcha del programa tanto de los internos que participan en el intercambio como de los otros internos, de los funcionarios de vigilancia y del equipo que lo ejecuta. En el caso de los internos interesa conocer los cambios en la frecuencia de prácticas de inyección y riesgo sexuales, así como sus actitudes y opiniones hacia el PIJ. En el caso de los trabajadores del centro penitenciario interesan las actitudes y opiniones sobre el PIJ.

La recogida de la información a través de cuestionarios podrá ser realizada por cada centro con la periodicidad que considere oportuna, siendo aconsejable como mínimo una vez al año; Esta información para la evaluación global del PIJ, se realizará con la periodicidad que determine el centro directivo. La forma más sencilla de realizarlo es seleccionando una muestra de internos y otra de funcionarios.

En los anexos 3 y 4 se facilita un modelo de recogida de opiniones, actitudes, etc, de internos y otro de funcionarios, con objeto de obtener la información mínima común para la evaluación. Esta información se recogerá en los cuestionarios de forma anónima. Los datos recogidos permiten obtener los siguientes indicadores:

- a) De actitudes y opiniones (internos y trabajadores del centro)
 - Nivel de información sobre el PIJ
 - Nivel de aceptación del PIJ
 - Nivel de satisfacción con el funcionamiento del PIJ (horario, personal, normas ...)
 - Repercusiones del PIJ sobre la seguridad del centro
 - Repercusiones sobre las relaciones entre internos y trabajadores

- b) De conductas (internos)
 - Porcentaje de internos que han consumido heroína en los últimos 30 días
 - Porcentaje de internos que han consumido heroína por vía inyectada en los últimos 30 días
 - Porcentaje de internos que han consumido cocaína en los últimos 30 días
 - Porcentaje de internos que han consumido cocaína por vía inyectada en los últimos 30 días



- Porcentaje de inyectores de drogas que han utilizado jeringuillas usadas por otros en los últimos 30 días
- Porcentaje de inyectores de drogas que han prestado sus jeringuillas usadas en los últimos 30 días
- Porcentaje de inyectores de drogas que han compartido otros útiles de inyección (cucharas, filtros, agua, recipientes para disolver..) en los últimos 30 días
- Porcentaje de internos que han utilizado preservativo en su relación sexual más reciente.

Anualmente, como mínimo, se realizará un informe sobre el PIJ que incluya información sobre incidencia de patologías relacionadas, sobre las actividades del programa, así como sobre las nuevas necesidades o problemas que se hayan podido detectar, o cualquier otra información relacionada que sea pertinente incluir.



XII ANEXOS

1. NORMATIVA

2. EJEMPLOS DE FOLLETOS REALIZADOS EN LOS CENTROS PARA INFORMAR SOBRE EL PIJ

3. CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DIRIGIDO A INTERNOS. Actitudes y opiniones sobre el PIJ y prácticas de riesgo para el VIH

4. CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DIRIGIDO A FUNCIONARIOS. Actitudes y opiniones sobre el PIJ