



# La millora de les condicions d'empresonament enfortint el control del VIH, l'hepatitis C, la tuberculosi i la reducció de danys

Autores: Cristina Fernández Bessa, Gemma Nicolás Lazo i Gerard Viader Sauret

**Informe de la situació a  
Catalunya (Espanya)**



Informe elaborat per  
l'OSPDH, Observatori del Sistema Penal i Drets  
Humans (Universitat de Barcelona)



# La millora de les condicions d'empresonament enfortint el control del VIH, l'hepatitis C, la tuberculosi i la reducció de danys

Informe de la situació a Catalunya (Espanya)

**Cristina Fernández Bessa, Gemma Nicolás Lazo i Gerard Viader Sauret**

© 2015 OSPDH- Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans (Universitat de Barcelona)

Disseny: Mark Joyce

Publicat per  
**OSPDH - Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans (Universitat de Barcelona)**  
Av. Diagonal 684  
08034-Barcelona



Aquest informe forma part del projecte co-finançat europeu “Improving Prison Conditions by Strengthening Infectious Disease Monitoring” implementat sota el lideratge de Harm Reduction International el 2015 i 2016.



Aquest projecte està cofinançat per la Unió Europea en el marc del programa Criminal Justice.  
Els continguts d'aquesta publicació són responsabilitat única dels autors i de cap manera poden tenir-se en compte per reflectir la visió de la Comissió Europea.



## CONTINGUTS

<b>I.</b>	<b>Introducció</b>	<b>7</b>
	1. Antecedents i justificació	7
	2. Sobre aquest informe	7
	3. Metodologia i reptes metodològics	8
<b>II.</b>	<b>Context nacional</b>	<b>9</b>
	1. Context polític general	9
	2. Context econòmic	12
	3. Context sanitari	15
	4. Sistema penal penitenciari	20
	Marcs legals rellevants	20
	Sistema penitenciari	21
<b>III.</b>	<b>Malalties infeccioses a la presó</b>	<b>25</b>
	1. Context legal i polítiques públiques	25
	2. Dades sobre malalties infeccioses i anàlisi de les dades	28
	3. Polítiques i serveis de reducció de danys a les presons	39
<b>IV.</b>	<b>Control dels drets humans a les presons i malalties infeccioses</b>	<b>41</b>
	1. Salut penitenciària: marc legal i polítiques públiques	41
	2. Mecanismes de control dels Drets Humans	44
	Mecanismes de control nacionals	44
	Mecanismes de control regionals/internacionals	48
<b>V.</b>	<b>Conclusions i recomanacions</b>	<b>50</b>
	<b>Bibliografia</b>	<b>54</b>
	<b>Listat d'abreviatures</b>	<b>55</b>
	<b>Annexes</b>	<b>56</b>



# I. INTRODUCCIÓ

## 1. Antecedents i justificació

El virus de la immunodeficiència humana (VIH), la tuberculosi (TB) i l'hepatitis C (VHC) són una de les principals preocupacions sanitàries a les presons, degut a que les taxes de prevalença tendeixen a ser substancialment més altes entre la població penitenciària que entre la població en general.

Les presons i els altres llocs de privació de llibertat són entorns d'alt risc per a la transmissió de malalties infeccioses. Aquest fet està relacionat amb l'elevat empresonament de col·lectius vulnerables i desfavorits que presenten una prevalença desproporcionadament alta de malalties i una salut delicada; amb la criminalització de les persones usuàries de drogues i els alts nivells d'ús de drogues injectades; amb la sobrepoblació i les precàries condicions de les presons; amb la inadequada atenció sanitària; i amb la denegació de serveis de reducció de danys.

Existeixen diversos mecanismes internacionals, regionals i nacionals de drets humans establerts per controlar i inspeccionar les condicions de les presons per tal d'impedir la tortura i els maltractaments, incloent-hi el Subcomitè per la Prevenció de la Tortura (SPT), sota el Protocol Opcional de la Convenció de Nacions Unides contra la Tortura (OPCAT), els Mecanismes Nacionals de Prevenció de la Tortura (MNPT), així com el Comitè per la Prevenció de Tortura del Consell d'Europa (CPT) i els organismes nacionals de diversos països europeus.

Els òrgans de Nacions Unides de protecció dels drets humans i el Tribunal Europeu de Drets Humans consideren que les qüestions relacionades amb les malalties infeccioses en situacions de privació de llibertat poden contribuir cada vegada més o, fins i tot, constituir condicions que es trobin en el llindar del maltractament de les persones empresonades. Per aquest motiu és extremadament important que els mecanismes de control basats en els drets humans que tenen el mandat de prevenir els maltractaments examinin minuciosament els assumptes relacionats amb les malalties infeccioses en els espais de privació de llibertat.

## 2. Sobre aquest informe

Aquest informe forma part del projecte "La Millora de les Condicions d'Empresonament Enfortint el Control de les Malalties Infeccioses", cofinançat per la UE i implementat sota el lideratge de *Harm Reduction International* durant els anys 2015 i 2016.

El projecte pretén reduir el maltractament de les persones detingudes i millorar les condicions de l'empresonament mitjançant la millora i l'estandardització dels mecanismes de control i d'inspecció de les malalties infeccioses (tuberculosi, VIH i hepatitis C).

La part de recerca del projecte inclou l'elaboració d'un informe de la situació actual de les malalties infeccioses a les presons de set països europeus (Grècia, Irlanda, Itàlia, Letònia, Polònia, Portugal i Espanya), així com un informe sobre les pràctiques dels mecanismes de control dels països escollits, referides a les malalties infeccioses a les presons.

El projecte també ha elaborat un mapa sobre els estàndards de salut pública i de drets humans regionals i internacionals relacionats amb les malalties infeccioses a les presons i ha desenvolupat un instrument fàcil de fer servir, que inclou un conjunt d'indicadors per generar un control de les malalties infeccioses a la presó per part dels mecanismes de control dels drets humans nacionals, regionals i internacionals, millor informat, més coherent i sostenible.

A la pàgina web de Harm Reduction International ([www.ihra.net](http://www.ihra.net)) es pot trobar més informació sobre el projecte i els seus resultats.

El present informe, elaborat per Gemma Nicolás Lazo, Cristina Fernández Bessa i Gerard Viader, exposa la situació a Catalunya (Espanya).

### 3. Metodologia i reptes metodològics

Aquest informe està basat en una extensa recerca documental i diverses entrevistes amb experts sobre la matèria.

La recerca documental va comprendre les següents fonts:

- Les lleis i regulacions espanyoles i catalanes sobre presons, salut i sistemes de control dels drets humans.
- Dades secundàries sobre taxes d'empresonament, salut, indicadors socioeconòmics, etc.
- Revistes científiques sobre la matèria.

Els experts nacionals entrevistats van ser els següents:

- Doctor Andrés Marco: Metge penitenciari. Responsable dels programes de VIH i hepatitis virals en el Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona (La Model). Coordinador del grup de malalties infeccioses de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- Doctora Elisabet Turú: Directora del programa de Salut Penitenciària de l'Institut Català de la Salut.
- Rafael Guerrero: Expert del programa de Salut Penitenciària de l'Institut Català de la Salut. Responsable de Salut de l'Administració penitenciària catalana (del 2005 al 2014).
- Sra. Mar Torrecillas: Assessora del Síndic de Greuges.



Els reptes metodològics d'aquest informe han estat desxifrar la terminologia mèdica complexa o tècnica i aconseguir fer-la intel·ligible en termes de drets humans.

## II. CONTEXT NACIONAL

### 1. Context polític general

L'Estat espanyol està format per disset comunitats autònomes i dues ciutats autònomes que tenen diversos graus d'autogovern. Això es deu al fet que la Constitució espanyola no estableix un Estat federal (ni un Estat unitari); per tant, es donen diversos graus de descentralització del poder i d'influència de l'Estat depenent dels assumptes concrets. Aquests van des dels estatus gairebé confederals de l'administració dels impostos a Navarra i el País Basc a la centralització total del Codi Penal.

El govern central d'Espanya té competència exclusiva sobre alguns assumptes, com ara la legislació Penal i penitenciària (art. 149.6 de la Constitució espanyola). Les comunitats autònomes tenen competències en els assumptes relacionats amb les seves pròpies lleis, però sempre requereixen l'aprovació del govern central espanyol.

En relació amb la nostra recerca, Catalunya té transferides les competències d'execució de la legislació penitenciària i de gestió de les presons (art. 111 Estatut d'Autonomia de Catalunya). Catalunya és l'única comunitat autònoma espanyola que té transferides –des de l'1 de gener de 1984– les competències en matèria de serveis penitenciaris.

En l'actualitat el govern espanyol està presidit pel Partit Popular (PP). El PP va guanyar les eleccions l'any 2011 i, des d'aleshores, el president del govern ha estat el conservador Mariano Rajoy.

A Catalunya, el partit que els darrers anys ha estat al poder és el partit nacionalista conservador Convergència i Unió. Aquest partit, que sempre va mantenir bones relacions amb el govern espanyol i amb el PP, a principis de 2012 va fer un gir cap a posicions independentistes. Des de 2010 fins a 2015, el president del govern català va ser Artur Mas.

La història recent d'Espanya és intensa i s'ha vist marcada per la Guerra Civil (1936-1939) i la dictadura franquista (1939-1975). Els franquistes van aconseguir el control d'Espanya gràcies a una llarga que va suposar l'empresonament i les execucions d'espanyols acusats de donar suport als valors promoguts per la República, com l'autonomia regional, la democràcia liberal o socialdemocràcia, les eleccions democràtiques i els drets humans (especialment els de les dones).

Els elements característics del franquisme van ser l'autoritarisme, el nacionalisme espanyol, el nacionalcatolicisme, el militarisme, el conservadorisme, l'anticomunisme i l'antiliberalisme, com també la seva oposició a la maçoneria. Després de quaranta anys de dictadura, Espanya va fer una transició cap a la democràcia, que va començar quan va morir Franco (20 de novembre de 1975). En aquell moment Espanya va passar de la dictadura a la democràcia en forma de monarquia constitucional. La transició

democràtica, que en aquell moment va fer front a un seguit de crisis econòmiques i polítiques, va ser un dels factors que va permetre que Espanya s'adherís a la Comunitat Econòmica Europea i a l'OTAN.

Les primeres eleccions democràtiques es van celebrar el 15 de juny de 1977 i van confirmar l'existència de quatre forces polítiques principals a l'àmbit estatal: el partit Unió de Centro Democrático (UCD), el Partit Socialista Obrer Espanyol (PSOE), el Partit Comunista d'Espanya (PC) i el partit Alianza Popular (AP). Alhora, gràcies a l'èxit del Partit Nacionalista Basc (PNV) i del Pacte Democràtic per Catalunya (PDC) a les seves respectives comunitats autònomes, els partits nacionalistes també van començar a mostrar la seva força política.

Les Corts Constituents (parlament espanyol escollit) van començar a redactar una constitució a mitjans de 1977. Acabada el 1978, la Constitució espanyola es va aprovar en referèndum el 6 de desembre de 1978. És la actual llei suprema del regne d'Espanya. La separació de poders es menciona implícitament al llarg de la Constitució, en què es declara que la gent té dret a decidir els representants que ocuparan les Corts Generals, conformades pel Congrés dels Diputats i el Senat; que comparteixen el poder legislatiu. El govern, el president del qual l'escull el Congrés dels Diputats, dirigeix el poder executiu. El poder judicial recau en els jutges i la Cort Constitucional, que assegura que totes les lleis respectin la Constitució.

La Constitució espanyola està basada en la indivisible unitat de la Nació espanyola; reconeix i garanteix el dret a l'autonomia de les nacionalitats i regions de les quals està formada i la solidaritat entre elles. La Constitució és una de les poques Cartes de Drets que conté provisions legals sobre drets socials, incloent-hi la mateixa definició d'Espanya com a "Estat social i democràtic de Dret". Tanmateix, aquests drets no estan garantits de la mateixa manera que els drets individuals continguts en els articles del 14 al 28, ja que els drets socials són considerats principis i directrius de la política econòmica, però no drets absoluts dels ciutadans que puguin ser reclamats davant d'un jutjat o tribunal.

Altres provisions constitucionals reconeixen el dret a un habitatge adequat, al treball, a rebre prestacions socials, a la protecció de la salut i a les pensions. D'acord amb la Constitució, els espanyols tenen el dret que l'Estat intervingui les empreses privades per a l'interès públic i també que es faciliti l'accés dels treballadors a la propietat dels mitjans de producció. El govern ha de respectar els drets humans dels seus ciutadans; però a la pràctica alguns àmbits són problemàtics.

D'aquests podem identificar els següents:

- Acusacions de que alguns membres de les forces i cossos de seguretat han maltractat persones detingudes, estrangers i immigrants en situació irregular. Segons Amnistia Internacional (AI), les investigacions del govern d'aquests presumptes abusos acostumen a ser llargues i els càstigs lleus (informes del CPT).

- Ocasionalment períodes prolongats de presó preventiva i dilacions en els judicis.
- Violència contra les dones, un problema pel qual el govern ha adoptat algunes mesures.
- Tràfic de dones i de nenes adolescents per prostituir-les, un problema pel qual el govern també ha adoptat mesures.
- D'acord amb la nova llei sanitària del 2012, els immigrants sense els permisos de residència en regla no poden accedir a l'atenció mèdica. Els immigrants sense papers majors de 18 anys només poden accedir al sistema de salut espanyol en casos d'emergència, embaràs o part.

Com s'examina en el capítol següent, la recent crisi financera ha empitjorat alguns problemes endèmics d'Espanya: l'atur, els problemes d'accés a l'habitatge, l'exclusió social, la pobresa, etc.

La crisi econòmica espanyola, causada per l'elevat risc financer del sector immobiliari, va suposar una caiguda del 0,9% del PIB l'any 2008 i una tendència negativa des de 2009. Com a resposta, l'any 2012, el govern espanyol va sol·licitar assistència al Fons Europeu d'Estabilitat Financera per a recapitalitzar les institucions financeres. L'Eurogrup va aprovar aquest suport i va establir un programa de 18 mesos que va suposar que Espanya hagués d'adoptar reformes en diversos camps, incloent-hi el sector financer i el mercat laboral (Freixes i Lladós, 2015). Algunes de les mesures d'austeritat adoptades pel Govern van ser molt criticades. Les retallades en l'àmbit social, de la salut i dels pressupostos educatius han suposat un preocupant augment de la pobresa familiar que ha suposat un impacte negatiu en la consecució dels drets fonamentals, inclòs el dret a l'educació, a la salut i a l'habitatge, entre d'altres (Freixes i Lladós, 2015).

## 2. Context econòmic

Després de la recessió global de principis dels anys 90 i durant la primera dècada del 2000 l'economia espanyola va experimentar un període de prosperitat i d'expansió. Tanmateix, des de 2008, la crisi econòmica i financera, i en concret l'explosió de la bombolla immobiliària i l'endeutament de les famílies, va suposar un període de recessió que va tenir un gran impacte en l'àmbit laboral, la vida política i social. Entre 2008 i 2012, l'auge econòmic de principis del segle XXI es va revertir, l'economia es va contraure i un gran nombre de treballadors i treballadores es van quedar sense feina<sup>1</sup>. L'atur d'alguns o tots els membres d'un gran nombre de famílies, que havien adquirit la propietat del seu habitatge, normalment sobrepreuat durant el període de prosperitat econòmica, va implicar que deixessin de pagar les hipoteques contractades amb els bancs, que en general contenen clàusules contractuals abusives. La Llei Hipotecària espanyola — qualificada d'excessiva i contrària a les Directives europees, d'acord amb un comunicat del 14 de març 2014 del Tribunal de Justícia de la Unió Europea— va suposar que entre 2007 i 2013 es produïssin fins a 79.043 desnonaments, una taxa aproximada de 30 casos per

<sup>1</sup> A Catalunya la taxa d'atur va passar del 6,5% l'any 2006 al 24,5% durant el primer semestre de 2013. En el tercer semestre de 2015 la taxa va baixar fins al 17,5% (mentre que el conjunt d'Espanya va ser del 21,2%) (Font: Idescat. Disponible a: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=0608&cp=04&x=12&y=10&lang=en>).

dia. El 70% de les famílies desnonades estaven a l'atur i també tenies dificultats per cobrir les seves necessitats bàsiques (aliments, aigua, energia, etc.).

D'acord amb un informe del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya titulat "Els efectes de la crisi econòmica a la salut de la població catalana", el risc de pobresa va augmentar del 17,2% el 2006 fins al 20,1% el 2012. Des de 2008 a 2013, la població de persones sense llar va augmentar un 31,2% (Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2014). La crisi va culminar amb retallades pressupostàries que van afectar especialment els sectors de població més vulnerables; les retallades en sanitat, educació, assistència social i administració de justícia han suposat una reducció efectiva de l'estat de benestar, dels serveis públics i de les prestacions socials.

Una altra conseqüència de la crisi, segons l'esmentat informe del Departament de Salut, ha estat l'augment del consum de drogues de la població, sobretot entre les persones aturades de llarga durada i aquelles amb menys recursos econòmics (Generalitat de Catalunya, 2014).

Les desigualtats també van augmentar. La taxa GINI d'Espanya va passar del 31,9 l'any 2007 al 34,7 el 2014. Mentre que en diversos països europeus la crisi ha suposat la reducció de les desigualtats (per exemple, a Portugal o al Regne Unit), a Espanya, les persones riques no han patit tant els seus efectes però les persones pobres han esdevingut encara més pobres<sup>2</sup>.

La crisi econòmica i financera i l'augment de les desigualtats van tenir especial impacte sobre els grups vulnerables. Les condicions laborals precàries, que trobem en general, van afectar especialment les dones, ja que aquestes acostumen a ocupar més llocs de treball a temps parcial que els homes. Segons l'informe ISOCAT (2015), durant la crisi, la bretxa salarial entre homes i dones va augmentar. Així mateix, la regressió de les polítiques socials va suposar que moltes tasques de cura, prèviament cobertes pel sistema de benestar, tornessin a recaure en les famílies, la qual cosa ha afectat especialment les dones.

Les persones joves i els nens també han patit els efectes de la crisi econòmica i les retallades. D'una banda, el mercat laboral de les persones joves està caracteritzat per un alt índex d'atur (per a joves de menys de 25 anys, durant el tercer trimestre de 2014, va ser superior al 45%) i de contractes temporals (superior al 55%). D'altra banda, les condicions laborals dels progenitors són un factor determinant de la pobresa infantil a Catalunya. D'acord amb les estadístiques sobre els ingressos personals i el risc de pobresa, el 2011, el 26,5% dels catalans menors de 16 anys es trobaven en risc de pobresa (Idescat). Durant les darreres dues dècades, les esmentades dificultats d'accés a un habitatge digne i adequat van ser considerables entre la població en que pateix desavantatges socials. A conseqüència d'això, les famílies amb fills a

2 Font: Eurostat. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pocode=tessi190>

càrrec estan particularment representades entre els grups amb situacions d'habitatge insegures o inadequades (Síndic de Greuges, 2010).

Aparentment, a les persones grans la crisi no els ha afectat tan directament, ja que han continuat rebent les seves pensions de jubilació; però sí que han patit diverses de les seves conseqüències. La pujada dels preus dels serveis bàsics i subministraments (com l'aigua i l'electricitat), així com el recolzament que moltes vegades han hagut de proporcionar per a sostenir les seves famílies (en general als seus fills/es adults a l'atur, amb fills/es o sense) han tingut un important impacte negatiu en les seves, ja per sí dèbils, economies domèstiques. Avui en dia, les persones d'edat avançada, que generalment han estat percebudes com a econòmicament dependents, s'han convertit en un coixí per amortir les fortes conseqüències que la crisi ha suposat per les generacions més joves. La seva ajuda ha servit per atenuar les dificultats que han patit moltes famílies a l'hora d'accedir als serveis bàsics, convertint-se en una xarxa de suport indispensable.

Un altre grup vulnerable que ha patit especialment les conseqüències de la crisi ha estat el de les persones migrants. Davant del nou context socioeconòmic, moltes famílies migrants van decidir tornar al seu país d'origen o iniciar una nova migració, però les que van optar per quedar-se a Catalunya van patir els efectes de la crisi i les retallades, abans esmentades, en una proporció més elevada que la resta de la població catalana. Especialment els migrants indocumentats van ser els més afectats per l'atur, els desnonaments i, com veurem a la següent secció, l'exclusió de l'atenció sanitària.

La crisi va afectar també les presons i les persones empresonades. Segons Brandariz García i Castro Linares:

“[...] la Gran Recessió ha constituït un punt d'inflexió pel sistema de justícia penal espanyol. Tot i que el sistema penitenciari espanyol ha experimentat un creixement gairebé constant des de la fi del període dictatorial, l'aprofundiment de la crisi econòmica ha suposat un fre per a l'augment de la punitivitat” (2014:5)

Diversos autors (Forero i Jiménez, 2013; Rodríguez i Larrauri, 2012) afirmen que la reducció de la població penitenciària pot explicar-se en part per la reducció de les taxes de criminalitat des del començament de la crisi, la reforma del Codi Penal de 2010 que va atenuar les penes pel tràfic de drogues, i per l'augment del nombre d'estrangers condemnats a ser expulsats en comptes d'empresonats.

En termes generals, l'escassetat de recursos i l'adaptació de les presons al “context de crisi” han afectat els drets de les persones empresonades i han provocat un enduriment significatiu de les condicions de vida a la presó. Per molt que el descens demogràfic hagi millorat la situació d'amuntegament, les retallades pressupostàries han afectat els serveis de salut d'algunes presons, així com els ja limitats serveis d'assessorament jurídic penitenciari (Forero Cuéllar i Jiménez Franco, 2014). Segurament hi hagut molts

altres aspectes de la vida a les presons que també han estat afectats per les retallades; per exemple, hi ha indicis de que la quantitat i qualitat dels aliments que es proporciona a les persones privades de llibertat ha empitjorat (Brandariz, 2015).

### 3. Context sanitari

D'acord amb el capítol III de la Constitució espanyola de 1978 tots els ciutadans espanyols tenen dret a la vida i a la integritat física i moral i són beneficiaris dels serveis de salut pública. Específicament estableix:

- Article 15: Tothom té dret a la vida i a la integritat física i moral, sense que, en cap cas, ningú no pugui ser sotmès a tortura ni a penes o tractes inhumans o degradants.
- Article 39: Els poders públics asseguren la protecció social, econòmica i jurídica de la família.
- Article 43: Es reconeix el dret a la protecció de la salut.  
Correspon als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i a través de les prestacions i dels serveis necessaris. La llei establirà els drets i els deures de tothom en aquest punt.  
El govern fomentarà l'educació sanitària, l'educació física i l'esport (...).
- Article 49: Els poders públics duren a terme una política de previsió, tractament, rehabilitació i integració dels disminuïts físics, sensorials i psíquics, als quals es prestarà l'atenció especialitzada que requereixin, i els empararan especialment en la consecució dels drets que aquest títol atorga a tots els ciutadans.

El **Sistema Nacional de Salut** espanyol (SNS) és l'agrupació de serveis de salut pública que ha existit a Espanya des que es va establir i va ser estructurat mitjançant la Llei General de Sanitat de 1986 (Llei 14/1986 de 25 d'abril). La gestió d'aquests serveis ha estat transferida progressivament a algunes comunitats autònomes d'Espanya, mentre que en altres comunitats segueixen sent operats per l'Institut Nacional de Gestió Sanitària (INGESA) del Ministeri de Sanitat i Política Social. Per tal de donar cohesió al sistema i garantir els drets dels ciutadans de tota Espanya, l'activitat d'aquests serveis està intervinguda pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut espanyol (CIGNES).

L'article 46 de la Llei General de Sanitat estableix les característiques fonamentals del SNS:

- a. L'extensió dels seus serveis a tota la població.
- b. L'organització adequada per prestar una atenció integral a la salut, comprensiva tant de la promoció de la salut i prevenció de la malaltia com de la curació i rehabilitació.
- c. La coordinació i, si escau, la integració de tots els recursos sanitaris públics en un dispositiu únic.
- d. El finançament de les obligacions derivades d'aquesta llei s'ha de fer mitjançant

recursos de les administracions públiques, cotitzacions i taxes per la prestació de determinats serveis.

- e. La prestació d'una atenció integral de la salut procurant alts nivells de qualitat degudament avaluats i controlats.

La Llei General de Sanitat de 1986 va ser formulada sobre dues bases. En primer lloc, segueix els requeriments de la Constitució espanyola, on els articles 43 i 49 estableixen el dret de tots els ciutadans a tenir cobertura sanitària. La llei reconeixia el dret de tots els ciutadans i dels estrangers residents a Espanya a accedir als serveis sanitaris (fins al 2012).

En segon lloc, el títol VIII de la Constitució confereix a les comunitats autònomes una àmplia competència en temes de salut i d'atenció sanitària. Les comunitats autònomes tenen prioritats en aquesta àrea, i la llei permet la devolució d'aquestes funcions del govern central a les comunitats autònomes per tal de proporcionar un sistema d'atenció sanitària adequat en les seves respectives jurisdiccions. L'article 149.1.16 de la Constitució, un altre fonament de la llei actual, estableix els principis i criteris substantius que permeten que les característiques generals i comunes siguin coherents en tot el nou sistema, posant a disposició una base comuna per als serveis sanitaris en tot el territori espanyol.

El Sistema Nacional de Salut ha estat concebut com el conjunt ben coordinat de serveis sanitaris de les comunitats autònomes. D'aquesta manera, la responsabilitat dels diversos serveis sanitaris recau en les respectives comunitats autònomes, però també en la direcció i coordinació bàsica de l'Estat central. Amb el pas del temps, els serveis sanitaris de cada comunitat autònoma veuran gradualment una transferència dels recursos sanitaris del govern central a les comunitats autònomes.

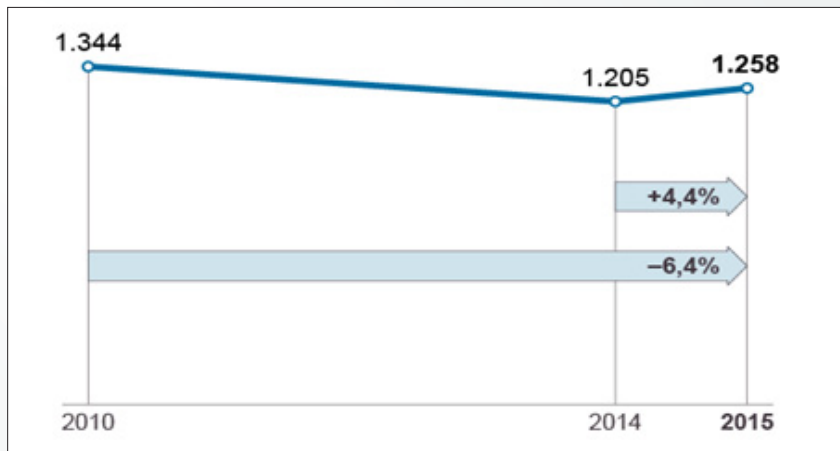
El model sanitari català es va establir el 1990 amb la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) que va crear el Servei Català de Salut, una combinació de centres de salut pública i privada. El proveïdor principal de salut pública a Catalunya és l'Institut Català de la Salut (ICS), una empresa pública amb 8.677 professionals que ofereixen serveis sanitaris a 6 milions de persones (el 75% de catalans).

El pressupost del sistema sanitari públic és molt elevat. No obstant això, la crisi financera i econòmica ha causat un impacte negatiu. Des de l'inici de la crisi, el creixement de la despesa sanitària s'ha reduït i, fins i tot, va ser negativa en termes reals el 2010 i el 2011. Aquesta reducció és deguda principalment a la reducció de la despesa farmacèutica. No obstant això, també va afectar els recursos d'atenció sanitària, com per exemple: la reducció del nombre de metges i infermeres i dels seus sous, la reducció del nombre de llits als hospitals i l'augment de copagaments per a les receptes mèdiques. Les mesures d'austeritat també van establir limitacions segons l'estatus de les persones –es va deixar de proporcionar cobertura sanitària als immigrants sense papers.



Entre 2010 i 2013, el pressupost per persona del sistema sanitari espanyol es va reduir un 11%. El 2015, el pressupost per càpita va ser de 1.258 €, un 4% més que el 2014 (el 2015 va ser any d'eleccions) (Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, El País 11/12/2014).

**Gràfic 1: Pressupost per persona. Mitjana nacional; euros per resident.**



Font: Federación de Asociaciones en defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (Extret de: El País 11/12/2014)

Segons la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, el pressupost català per persona el 2015 va ser de 1.133 € (El País 11/12/2014). Catalunya té un pressupost de 8.290.590 € (2015) pel sistema de salut pública amb una cobertura de 7,5 milions d'habitants (Idescat). Gairebé una quarta part d'aquest pressupost s'assigna a centres sanitaris privats que ofereixen serveis públics a la població. Catalunya sempre ha promogut la col·laboració entre el sector públic i el privat, tanmateix, des de la crisi i aquesta "privatització del sistema de salut pública" ha augmentat (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011).

### La salut de la població

El 80,3% dels catalans majors de 15 anys es consideren a si mateixos sans: 85,2% dels homes i 75,5% de les dones. Catalunya és al capdamunt de la classificació de la Unió Europea de percepció de bona salut, després d'Irlanda (Agència, 2014). Catalunya també té un percentatge més alt de persones grans que la majoria de països europeus: del 15,4%. És a dir, 15,4 de cada 100 persones tenen entre 65 i 84 anys. El percentatge de dones grans (18,3%) és més alt que el dels homes (11,4%). Tot i que darrerament aquesta diferència s'ha reduït una mica. L'esperança de vida a Catalunya és de 82,7 anys (2012); 79,8 anys pels homes i 85,4 per les dones (pàgina web de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya). L'addicció al tabac, com en altres països del sud d'Europa, és més alta que la de la mitjana europea. La mitjana d'obesitat a Catalunya

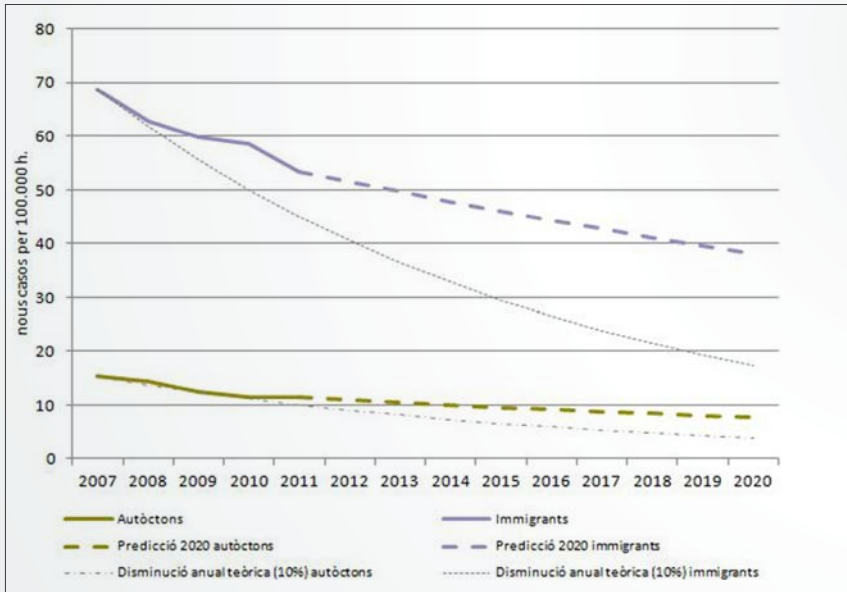
està per sota de l'espanyola i de la grega, però per sobre de la de França i Itàlia. La tendència de tots els països és que va en augment (Agència, 2014).

El nombre de metges generalistes és baix en comparació a altres països. No obstant això, el nombre de personal als hospitals és força elevat en contrast amb el personal d'infermeria. Catalunya té menys llits per a pacients de vigilància intensiva i més llits per estades prolongades (Agència, 2014).

## Tuberculosi

El 2011, es van detectar 1.353 casos de tuberculosi (TB) a Catalunya, que corresponen a una taxa d'incidència de 17,9 casos per cada 100.000 habitants. La incidència de tuberculosi a Catalunya és més alta que la mitja europea (14,6) i espanyola (14,6) i molt més alta que a qualsevol altre país proper, com Alemanya (5,3), Itàlia (5,5), França (7,9) i el Regne Unit (13,7). La població nascuda a l'estranger presenta una mitjana gairebé cinc vegades més alta que la dels nadius, la qual cosa explica per què a Catalunya hi ha una incidència més alta de tuberculosi que a la resta d'Espanya (pàgina web de l'Agència Catalana de Salut Pública).

**Gràfic 2: Evolució de la taxa d'incidència de TB (per 100.000 habitants). Per país d'origen (autòctons/ immigrants)**



Font: Registre de tuberculosi, 2007/2011. Agència Catalana de Salut Pública. Departament de Salut.

## VIH

El 2013, hi havia 754 casos declarats de VIH; la qual cosa representa una taxa general de 10,4 casos per cada 100.000 habitants, igual que el 2001. El 87% dels casos eren homes i el 13%, dones; és a dir, 18,3 i 2,7 de casos per cada 100.000 habitants, respectivament. La taxa home/dona era de 7:1 (Centre..., 2014).

## SIDA

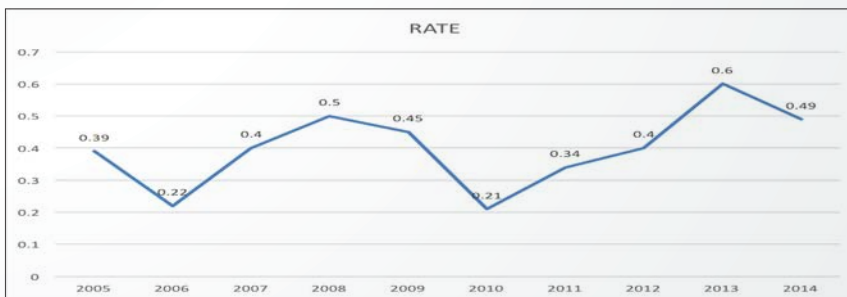
El nombre total declarat de casos de sida el 2013 era de 139, la qual cosa representa un 1,9 de casos per cada 100.000 habitants. El 83% dels casos eren homes i el 17% eren dones; és a dir, el 3,2 i el 0,6 de casos per cada 100.000 habitants, respectivament. La taxa home/dona és de 5:1 (Centre..., 2014).

El nombre total de casos de sida detectats del 1981 al 31 de desembre de 2013 va ser de 17.293. Des de la diagnosi del primer cas de sida el 1981, la taxa anual d'incidència va créixer gradualment, des dels 0,8 casos per cada 100.000 habitants el 1983 fins als 26,0 casos per cada 100.000 habitants anuals el 1994, coincidint amb l'expansió de la definició epidemiològica de cas de sida. Entre el 1996 i el 1998 va haver-hi una forta davallada en el nombre de casos (1.359 i 694, respectivament), la qual cosa va representar un descens del 49% de les notificacions de sida en dos anys. Des d'aleshores, el descens anual del nombre de casos de sida és menor i més gradual, i reflecteix l'efecte estabilitzador de les noves teràpies en la incidència de casos de sida (Centre..., 2014).

## Hepatitis C

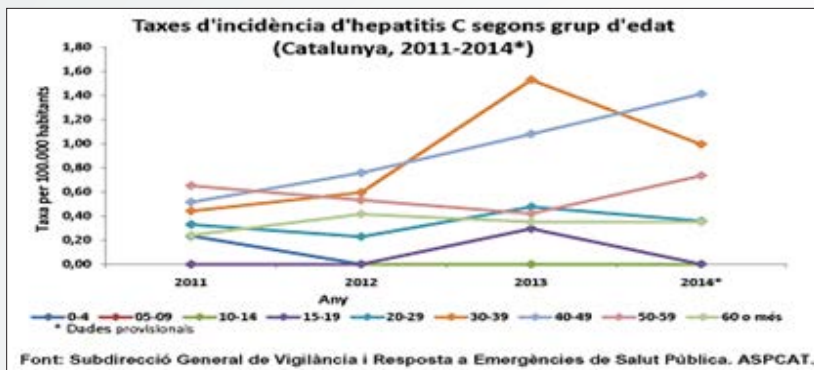
De 2005 a 2014, la taxa d'incidència de l'hepatitis C ha oscil·lat entre el 0,21 i el 0,62 per cada 100.000 habitants afectats l'any. El 2014, es van detectar 37 casos, de manera que la taxa es va mantenir en 0,49 per cada 100.000 habitants (pàgina web de l'Agència Catalana de Salut Pública).

**Gràfic 3: Taxes d'incidència d'hepatitis C, Catalunya, 2005-2014**



Font: Subdirecció general de Vigilància i Emergències de Salut Pública. ASPCAT.

Gràfic 4: Taxes d'incidència d'hepatitis C segons grups d'edat, Catalunya, 2011-2014



Font: Subdirecció general de Vigilància i Emergències de Salut Pública. ASPCAT.

## 4. Sistema penal i penitenciari

### Marc legal rellevant

El consum de drogues no és un delictes, com tampoc ho és la prostitució, encara que el dret administratiu criminalitza aquestes conductes. Segons el Codi Penal espanyol (CP) només el tràfic de drogues i altres activitats relacionades són considerats delictes que puguin implicar l'empresonament. Per aquest motiu, les presumpcions respecte al consum o el tràfic són molt importants. La jurisprudència estableix la quantitat de droga que es considera que pot ser per consum propi o per vendre. El consum de drogues en un espai públic es considera una infracció administrativa, de manera que pot suscitar la imposició de multes.

Les infraccions relacionades amb les drogues són les causes més comunes d'empresonament en el sistema penal espanyol i català. La situació geopolítica i la realitat social d'Espanya com a port d'entrada de moltes drogues que arriben d'Àfrica (haixix, marihuana) i d'Amèrica (cocaïna, heroïna) han causat un gran impacte en la legislació penal. El Codi Penal espanyol imposa penes molt dures pel tràfic de drogues. Per exemple, una persona que transporti bosses de cocaïna al seu estómac (les conegudes com a "mules") pot ser sentenciada a 6 anys de presó (abans de l'aprovació de la reforma del 2010 a 9 anys). Aquestes persones, principalment dones, sovint tenen més dificultats per rebre beneficis penitenciaris degut a la seva manca d'arrelament a Espanya. Les sentències per delictes relacionats amb drogues comesos dins de les presons també es van endurir.

Existeix un important vincle entre l'addicció a les drogues i el delictes (el tipus de delictes que es persegueix), especialment respecte a delictes contra la propietat i de tràfic de drogues.

El 1988, l'antic Codi Penal es va modificar per augmentar les penes i la intervenció penal en aquests tipus de delictes. El nou Codi Penal del 1995 no va canviar en aquest sentit, tot i que va introduir mecanismes de rehabilitació com la suspensió condicional de penes i el desenvolupament de diferents programes de rehabilitació, per ajudar als consumidors de drogues a deixar-les. El 2003, el govern del Partit Popular va impulsar una reforma del Codi Penal centrada en alguns d'aquests delictes. El 2010 va haver-hi una reforma important que va reduir significativament l'empresonament per tràfic de drogues de penes de 9 a 6 anys a penes d'entre 6 i 3 anys. El març de 2015 es va aprovar una nova reforma penal, la Llei Orgànica 1/2015, no obstant això, aquesta no va afectar les regulacions relacionades amb drogues o prostitució.

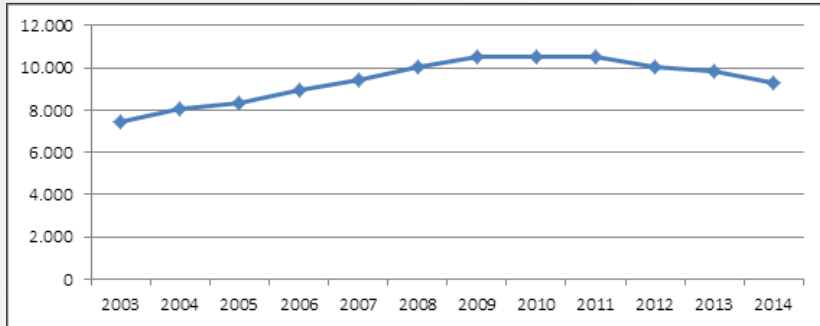
### Sistema penitenciari

Actualment, a Catalunya hi ha 11 centres penitenciaris i un pavelló hospitalari, els quals es troben distribuïts en els següents municipis:

**Taula 1: Presons catalanes i localitzacions**

Presons	Localitzacions
Centre Penitenciari Brians 1	Sant Esteve Sesrovires
Centre Penitenciari Brians 2	Sant Esteve Sesrovires
Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona (Model)	Barcelona
Centre Penitenciari de Dones de Barcelona (Wad-Ras)	Barcelona
Centre Penitenciari Obert de Girona	Girona
Centre Penitenciari de Joves	La Roca del Vallès
Centre Penitenciari de Tarragona	Tarragona
Centre Penitenciari Lledoners	Sant Joan de Vilatorrada
Centre Penitenciari Ponent	Lleida
Centre Penitenciari Puig de les Basses	Figueres
Centre Penitenciari Quatre Camins	La Roca del Vallès
Pavelló Hospitalari Penitenciari de Terrassa	Terrassa

El 31 de desembre de 2014 la població penitenciària era de 9.294 interns (el 93,2%, 8.660, eren homes i el 6,8%, 634, dones). Després d'arribar al punt més àlgid el 2009 (amb 10.525 persones internes), la població penitenciària de Catalunya va començar a disminuir lleugerament, com es mostra en el gràfic d'aquí sota.

**Gràfic 5: Població penitenciària (últim dia de l'any), Catalunya, 2003-2014**

Font: Elaboració pròpia. Dades recuperades de: [http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis\\_penitenciaris](http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis_penitenciaris)

D'aquesta població penitenciària, 9.294 interns, el 56,2%, eren espanyols i el 43,8%, estrangers. Com es pot observar en la següent taula, el nombre d'estrangers a les presons catalanes va arribar al seu punt més alt el 2011 i després va començar a disminuir.

**Taula 2: Interns de les presons catalanes, per nacionalitat (espanyols/estrangers), 2003-2014**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Espanyols</b>	5.209	5.469	5.462	5.609	5.626	5.853	5.955	5.874	5.695	5.508	5.467	5.221
<b>Estrangers</b>	2.207	2.625	2.843	3.361	3.769	4.198	4.570	4.646	4.818	4.554	4.351	4.073
<b>% Espanyols</b>	70,2	67,6	65,8	62,5	59,9	58,2	56,6	55,8	54,2	54,7	55,7	56,2
<b>% Estrangers</b>	29,8	32,4	34,2	37,5	40,1	41,8	43,4	44,2	45,8	45,3	44,3	43,8

Font: [http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis\\_penitenciaris](http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis_penitenciaris)

Pel que fa a la situació penal/processal de les persones privades de llibertat, el 84,43% estaven sentenciades i el 15,57% es trobaven en presó provisional. Durant el 2014, 1.071 presos estaven en llibertat condicional.

Si observem la taxa de població reclusa per càpita, comparada amb els països veïns, el 2014, Catalunya tenia una taxa de 123 persones preses per cada 100.000 habitants, una taxa menor que la de la resta d'Espanya, que era de 141.

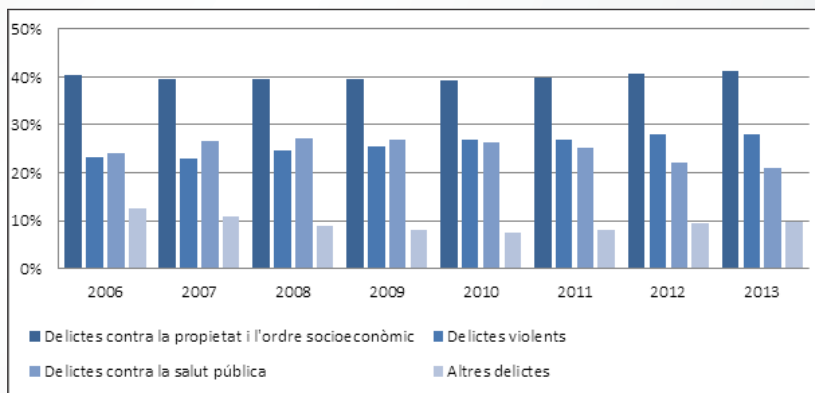
**Taula 3: Taxa de població reclusa per cada 100 mil habitants. Diferents països Unió Europea, 2014**

País	Població reclusa per cada 100mil habitants
Suècia	57
Dinamarca	67
Països Baixos	75
Alemanya	81
Itàlia	88
França	102
Catalunya	<b>123</b>
Portugal	136
Espanya	141
Anglaterra i Gal·les	149

Font: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/1\\_pob.html](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html)

El 41,17% de les persones privades de llibertat a Catalunya durant el 2013 van cometre un delictes contra la propietat o l'ordre socioeconòmic. El 28,08% van cometre un delictes violent i el 20,02% van anar a la presó perquè van cometre un delictes en contra de la salut pública (tràfic de drogues). Cap d'aquestes persones podria haver estat privada de llibertat per consum de drogues ni per prostitució perquè, com s'ha esmentat abans, no són comportaments que es puguin castigar penalment.

Com es mostra en el següent gràfic, del 2006 al 2013, les persones preses per delictes relacionats amb el tràfic de drogues representaven entre el 20% i el 27% del nombre total d'emprisonaments.

**Gràfic 6: Població reclusa per delictes. Percentatge de persones recules segons delictes. Catalunya, 2006-2013**

Font: Elaboració pròpia. Dades: [http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis\\_penitenciaris](http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis_penitenciaris)

## Consum de drogues a la presó

Les substàncies psicoactives més consumides per la població reclusa quan es troben en llibertat, per ordre d'importància (sense tenir en compte el tabac) són: l'alcohol, el cànnabis, la cocaïna, l'heroïna i els tranquil·litzants. Es tracta d'un patró molt similar al de la població general. Però una vegada les persones entren a la presó, les substàncies més comunes canvien i les més importants, per ordre, són: el cànnabis, els tranquil·litzants i l'heroïna, respectivament (OED 2007 i 2012).

Les drogues són part de la vida a les presons i juguen un rol important en el manteniment de la tranquil·litat de les persones empresonades, especialment en ambients estressants i presons superpoblades. No disposem de dades sobre el nombre de persones que van consumir drogues mentre eren a la presó. D'acord amb l'Observatori Espanyol sobre Drogues (OED), el consum de drogues a les presons espanyoles, (incloent-hi Catalunya) és més baix que les taxes de consum a la comunitat. Tanmateix, aquest consum pot ser més perillós per a la salut degut a l'elevada proporció de comportaments de risc relacionats amb les malalties infeccioses que trobem a les presons —com el fet d'injectar-se o compartir xeringues— en un sector de la població que es caracteritza per tenir una alta taxa de prevalença d'aquestes malalties (OED 2007 i 2012).



### III. MALALTIES INFECCIOSES A LA PRESÓ

#### 1. Context legal i polítiques públiques

La Llei Orgànica General Penitenciària de 1979 (LOGP), aprovada abans de la implementació del Sistema Nacional de Salut Pública, inclou un capítol dedicat a l'assistència sanitària (arts. 36-40). El Reglament Penitenciari (Reial Decret 190/1996 de 9 de febrer, pel que s'aprova el Reglament Penitenciari) desenvolupa aquests articles incloent-hi regulacions específiques (arts. 207-220). Aquestes normes es poden considerar estàndards nacionals.

Cada presó ha d'oferir una unitat d'infermeria, de psiquiatria i d'atenció per a toxicòmans, i una unitat per a malalties contagioses (art. 37 de la LOGP). Les persones privades de llibertat tenen el dret de rebre atenció mèdica i sanitària (art. 40 de la LOGP). Tots els reclusos sense excepció rebran atenció sanitària de la mateixa manera que en rep la població en general. També tindran el dret de rebre prestacions de fàrmacs (art. 208 del Reglament Penitenciari).

L'atenció sanitària ha de ser completa i se centrarà en la prevenció, la curació i la rehabilitació de les persones. Es posarà especial atenció a la prevenció de malalties contagioses (art. 207 del Reglament Penitenciari).

El personal sanitari de la presó tindrà, com a mínim, un metge generalista, una infermera i un assistent d'infermeria. Sempre hi haurà també un dentista i un psiquiatra. Els centres per a dones també tindran serveis de ginecologia i, quan hi hagi nens que visquin amb les seves mares, un pediatra (art. 209 del Reglament Penitenciari).

L'assistència especialitzada és preferible que la garanteixi el sistema de salut nacional. Es realitzaran esforços per atendre les demandes sanitàries més comunes dins de les presons, per tal d'evitar la sortida dels interns. Les persones privades de llibertat també poden anar als hospitals designats per l'autoritat sanitària i, en cas d'emergència, a qualsevol hospital proper a la presó (art. 209.2 del Reglament Penitenciari). Per tal de permetre el control adequat de la incidència i prevalença de les malalties contagioses a les presons, el servei penitenciari i les administracions sanitàries haurien d'implementar plans i programes d'acció per a les malalties més comunes.

L'art. 219 imposa que qualsevol brot de malaltia contagiosa que es detecti en una presó s'haurà de comunicar immediatament a les autoritats sanitàries competents. A més a més, s'iniciaran les mesures apropiades per prevenir la propagació del brot i per tractar els afectats. D'acord amb les disposicions de la Llei General Sanitària, quan un intern amb una malaltia infecciosa queda en llibertat, l'administració de la presó informarà les autoritats sanitàries pertinents. A les presons, la taxa de detecció precoç de les malalties infeccioses i l'accés universal als medicaments és molt alt. Cada presó té el seu propi expert en malalties infeccioses.

Des dels anys 80, el sistema de salut penitenciària ha posat especial atenció a les malalties infeccioses, en gran part relacionades amb el consum de drogues i la sida. Les presons sempre han tingut, fins i tot abans de la Constitució del 1978, un component de salut pública perquè han de tenir cura de persones que estan internades en una institució tancada. Des que va aparèixer el consum de droga intravenós i la sida, es va començar a desenvolupar el sistema sanitari actual a les presons. Hi havia tants pacients amb sida i altres malalties infeccioses relacionades amb el consum intravenós de drogues que els hospitals normals no els podien atendre. De manera que les presons van començar a atendre'ls a dins.

Avui en dia, quan una persona entra a la presó, se li ofereix la possibilitat de fer-se proves mèdiques, anomenades “screening”, per detectar casos de sida, hepatitis B, C i tuberculosi. El 2014, es van fer les proves de la sida, hepatitis B i C i tuberculosi al 92% dels reclusos. Si la prova dóna positiu, comença el tractament. Si la prova és negativa, es repeteix sis mesos més tard.

El servei sanitari penitenciari va formar part del Departament de Justícia des dels anys 80 fins al 2014. Al novembre de 2014, Catalunya va transferir les competències en matèria sanitària de les presons del Departament de Justícia al Departament de Salut.

Catalunya és l'única comunitat a Espanya que ha seguit l'ordre de la llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut d'Espanya del maig del 2003, que va establir un període de 18 mesos per transferir la competència sanitària de les presons als departaments de salut de cada comunitat autònoma.

Ara el sistema sanitari de les presons catalanes està totalment integrat en el sistema de salut pública. Aquest canvi en la gestió de la salut a les presons té conseqüències reals i simbòliques. Aquest canvi no sembla que hagi tingut un impacte especialment rellevant respecte a la prevenció o el tractament de les malalties infeccioses. Tanmateix, els avantatges principals tenen a veure amb el que s'ha anomenat “continuum assistencial”.

A més a més, aquest canvi ha permès que es disposi d'un historial mèdic comú per a la gent tant fora com dins de la presó i la creació de la “continuitat” en l'assistència sanitària. Per tal d'accedir al sistema de salut públic, tothom necessita un número d'identificació sanitària, anomenat CIP. A Espanya, els nadius i els estrangers que tenen permís de residència i que estan registrats tenen un CIP. Els estrangers que no tenen permís de residència i que es troben en situació irregular no tenen un CIP i no tenen accés al sistema sanitari. Això no obstant, a la presó, com que s'estableix una relació especial entre l'Estat i les persones privades de llibertat, tothom té un CIP i accés a atenció sanitària.

El Departament de Salut de Catalunya està a punt d'implementar un nou projecte anomenat “infermer de contacte”. Aquest/a infermer/a ajudarà a les persones que estan a punt de ser posades en llibertat a estar en contacte amb els serveis sanitaris

fora de la presó. El reclus malalt, una vegada posat en llibertat, tindrà cites amb els seus nous metges o metgesses, amb les infermeres, amb els hospitals, etc. del seu nou lloc de residència i sortirà de la presó amb els medicaments necessaris per seguir el tractament fins que els rebí fora de la presó. S'ha comprovat que alguns interns malalts no segueixen els tractaments mèdics quan surten de la presó. Les causes estan relacionades amb l'exclusió social, el consum de drogues i la manca de permís de residència en el cas dels estrangers.

D'altra banda, la nova gestió sanitària a les presons del Departament de Salut millorarà l'enfocament de malalties cròniques comunes, com la diabetis, la hipertensió, etc.

Finalment es millorarà l'educació sanitària, especialment respecte dels joves infractors penals. A les presons de joves s'inclouran activitats educatives relacionades amb la salut (protecció de la pell, salut relacionada amb l'esport, salut sexual i reproductiva, etc.).

### Polítiques públiques sobre malalties infeccioses

L'Agència de Salut Pública de Catalunya és una empresa pública que depèn del Departament de Salut de la Generalitat. Té com a objectiu millorar la salut de les persones i de la societat, i per això implementa polítiques sanitàries de promoció de la salut, de protecció i seguiment sanitari i de seguretat alimentària.

Periòdicament, aquesta agència crea un Pla Interdepartamental de Salut Pública. Entre les moltes àrees d'actuació hi trobem les intervencions de promoció de la salut. Aquestes estan orientades a promoure la salut entre la població mitjançant estratègies d'informació, conscienciació i educació en salut, i promoció d'estils de vida saludables. Les intervencions de prevenció de malalties estan dirigides a prevenir problemes específics mitjançant vacunacions, assessorament, revisions, tractaments precoços i seguiment. Una de les activitats preventives més importants és la vacunació.

Una altra àrea d'actuació consisteix en la detecció del consum de drogues. En aquest marc es pretén desenvolupar estratègies que creïn condicions per disminuir-ne el consum, minimitzar els riscos associats i disminuir significativament les conseqüències negatives resultants del consum, tant per a les persones de forma individual com per a la comunitat en general. A Catalunya, hi ha un sistema d'informació responsable de controlar els serveis especialitzats en consum de drogues, per tal d'oferir informació sobre vigilància epidemiològica, planificació i avaluació dels serveis de salut.

Un dels programes de tractament més comuns dirigit a les persones consumidores d'heroïna és el tractament substitutiu amb metadona, el qual ofereix als usuaris tant servei mèdic i social com assessorament legal.

El programa anomenat "alternativa a les sancions administratives" ofereix mesures educatives com a alternativa a les sancions administratives. Aquest programa està

especialment dirigit a menors que hagin estat sancionats administrativament per tinença o consum de drogues en espais públics.

Els programes de reducció de danys pretenen disminuir les conseqüències negatives del consum de drogues, tant en relació amb les persones consumidores com amb la comunitat. Els programes principals a la comunitat són:

- a. **Programa d'intercanvi de xeringues (PIX):** aquest programa distribueix xeringues i altres elements necessaris per al consum higiènic de drogues per via parenteral, i inclou formació dels usuaris per a un consum amb menys risc. El programa treballa conjuntament amb més de 600 serveis a Catalunya (salut, aliments, assistència social, ajuda legal i laboral). El 2014, es van distribuir 850.000 xeringues (pàgina web de l'Agència de Salut Pública de Catalunya).
- b. **Programa de prevenció de sobredosis:** aquest programa pretén prevenir les sobredosis oferint informació sobre prevenció de sobredosis i oferint eines i formació per reaccionar davant d'una sobredosi (pràctiques de reanimació cardiopulmonar i distribució de naloxona, un antídoto contra algunes sobredosis).

Una altra àrea de treball de l'Agència és el seguiment de la salut pública i la resposta ràpida en cas d'emergència. Aquesta àrea es dedica a la recollida, l'anàlisi, la interpretació i la distribució d'informació relacionada amb l'estat de salut de la població i els factors que la condicionen, amb l'objectiu de fonamentar actuacions de control i millora de la salut per tal de respondre millor a les emergències. Fa un seguiment sistemàtic de les malalties i d'altres factors determinants per a la salut.

Hi ha un programa especial per a la prevenció i el control de la tuberculosi que té com a objectiu disminuir la incidència d'aquesta malaltia a Catalunya i evitar l'aparició de formes resistents de tuberculosi. Aquest programa també estudia la incidència de la tuberculosi i els seus factors determinants a Catalunya. Hi ha també programes similars per a l'hepatitis.

Finalment, en relació amb la prevenció i el control del VIH i d'altres malalties de transmissió sexual, hi ha programes especials per prevenir aquestes infeccions i assegurar un fàcil accés a la salut i a l'assistència psicològica i social per a les persones amb el VIH/sida. També hi ha altres programes destinats a promoure respostes socials constructives i evitar la marginació.

## 2. Dades sobre malalties infeccioses i anàlisi de les dades

El Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya divulga trimestralment alguns indicadors estadístics de població i sanitat penitenciària a la seva pàgina<sup>3</sup>. D'acord amb el Dr. Andrés Marco, Director de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, les dades oficials sobre malalties infeccioses divulgades en línia a Catalunya són altament

<sup>3</sup> [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/12\\_pob.html](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/12_pob.html)

confiables, ja que com a conseqüència de l'epidèmia de la sida que va afectar fortament les presons espanyoles, durant les darreres dècades, tant a Catalunya com a la resta d'Espanya, s'ha realitzat una gran inversió en salut penitenciària.

El Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC) publica mensualment, a la pàgina web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya<sup>4</sup>, dades sobre la situació epidemiològica de la població en general. Hi ha també butlletins monogràfics sobre diversos temes específics<sup>5</sup>.

Quan algú ingressa a la presó, en les primeres 24 hores, se li realitza una consulta mèdica i, si la persona accepta de forma voluntària, també se li fan unes proves (screening) de patologies víriques (VIH, hepatitis C i hepatitis B)<sup>6</sup> i una prova de tuberculosi. Si es detecta alguna de les malalties infeccioses mencionades, aquesta persona comença immediatament el tractament. Si la revisió no detecta cap patologia, se la convidarà a tornar-se a fer les proves sis mesos més tard i posteriorment cada sis mesos, fins que se sigui posada en llibertat. A les persones en tractament també se'ls oferirà aquesta opció (entrevista, Dra. Elisabet Turú, directora del Programa de Salut Penitenciària de l'Institut Català de la Salut, ICS).

Les estadístiques oficials de VIH i hepatitis C publicades en línia s'actualitzen cada tres mesos. La població analitzada mai és del 100% de la població penitenciària real, perquè les proves (screening) no es fan entre els/les interns/es que estan en presó preventiva, que el 2014 representaven el 14,3% de les persones emprisonades a Catalunya. El nombre d'interns/es que refusen la revisió mèdica és "mínim" (entrevista, Dra. Elisabet Turú). De manera que la cobertura de la població penitenciària que es va sotmetre a una revisió del VIH a l'últim trimestre del 2014 va ser del 84,4%<sup>7</sup>. Pel que fa a l'hepatitis C, la cobertura va ser del 81,2%<sup>8</sup>. Segons la Dra. Turú, el percentatge de la població estudiat és molt alt. Des que es van començar a fer les proves, sempre s'ha detectat un nivell de cobertura lleugerament més alt de les proves del VIH respecte de les altres malalties; la raó d'això es pot relacionar amb l'alt grau de conscienciació sobre aquesta malaltia entre els/les interns/es.

Per tal de provar si la informació és rigorosa, s'han consultant altres fonts de la literatura científica per triangular-la amb les dades oficials. En general, hem trobat que la informació convergeix i per tant, es confirma que la informació és fiable<sup>9</sup>.

4 [http://canalsalut.gencat.cat/ca/home\\_ciudadania/actualitat/llista\\_butlletins/salut\\_publica/butlleti\\_epidemiologic\\_de\\_catalunya/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/actualitat/llista_butlletins/salut_publica/butlleti_epidemiologic_de_catalunya/)

5 Al març de 2015, els últims butlletins sobre les malalties infeccioses van ser: Hepatitis C, any de referència 2010 (Generalitat de Catalunya, desembre 2010); Mortalitat, any de referència 2012 (Generalitat de Catalunya, maig 2014a); VIH-SIDA i ITS, any de referència 2013 (Generalitat de Catalunya, agost 2014b); Tuberculosi, any de referència 2013 (Generalitat de Catalunya, setembre 2014c).

6 Segons la Dra. Turú, l'ICS té pendent incloure proves per a les infeccions de transmissió sexual perquè hi ha indicis que han augmentat en la població de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2014b).

7 [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/VIH.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/10_SANITARIS/VIH.htm)

8 [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/hepatitis.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/10_SANITARIS/hepatitis.htm)

9 Per exemple, el projecte PREVAHELP, un estudi transversal i multicèntric realitzat el juny de 2008 per saber la prevalença de d'infeccions amb virus hepatotrópic, VIH i M. tuberculosi en interns de 18 presons espanyoles (on s'inclouen presons catalanes), va detectar nombres similars de prevalença del VIH i d'hepatitis C als registrats a les fonts oficials. Concretament, en les taxes de prevalença del VIH (10,8%) i d'hepatitis C (22,7%) registrades en el

La pàgina web del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya ofereix informació trimestral des del 2011 sobre el nombre total de casos de VIH, sida i tuberculosi i de les seves taxes de prevalença respectives.

**Taula 4: Xifra total d'interns/es infectats/des pel VIH, hepatitis C i sida per any<sup>10</sup>, Catalunya, 2011-2014**

	2011	2012	2013	2014
<b>Hepatitis C</b>	1,802	1,610	1,590	1,427
<b>VIH</b>	802	715	687	596
<b>SIDA</b>	181	151	124	113

Font: Elaboració pròpia. Dades: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Disponibles a: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/VIH.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/VIH.htm); [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/SIDA.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/SIDA.htm); [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/hepatitis.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/hepatitis.htm).

**Taula 5: Taxes de prevalença (%) per malalties infeccioses per any, Catalunya, 2011-2014**

	2011	2012	2013	2014
<b>Taxa hepatitis C<sup>11</sup></b>	21.11%	19.60%	19.21%	18.90%
<b>Taxa VIH<sup>12</sup></b>	9.01%	8.34%	8.01%	7.60%
<b>Taxa SIDA</b>	1.69%	1.50%	1.26%	1.22%

Font: Elaboració pròpia. Dades: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Disponibles a: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/VIH.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/VIH.htm); [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/SIDA.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/SIDA.htm); [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/hepatitis.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/hepatitis.htm)

A partir de 2002, les dades oficials també mostren dades anuals, en nombres absoluts, sobre nous casos de persones internes malaltes de sida i de tuberculosi descoberts al llarg de l'any, així com el nombre de morts per sida i altres causes. Entre 2002 i 2014 el nombre de casos detectats a les presons catalanes va ser el següent:

**Taula 6: Nombre absolut de casos nous de sida i d'afectats de tuberculosi a la presó, per any; Catalunya, 2002-2014**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>SIDA</b> (casos nous)	43	27	31	32	30	25	32	19	17	9	14	17	7
<b>TB</b> (afectats)	44	28	28	25	20	29	26	23	16	21	21	24	22

Font: Elaboració pròpia. Dades: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Disponibles a: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/SIDA.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/SIDA.htm); [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_seveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/tuberculosisi.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_seveis_penitenciaris/10_SANITARIS/tuberculosisi.htm)

Si aquests casos es comparen amb el nombre de persones internes a les presons catalanes per any, aquestes xifres corresponen a les següents taxes:

projecte eren molt semblants a les que es van publicar a Catalunya el 2011: 9,01% pel VIH; 21,11% per l'hepatitis C (vegeu la taula 2).

10 Dades referents al quart trimestre de cada any.

**Taula 7: Taxa d'incidència (per 100.000 interns) de sida i tuberculosi per any; Catalunya, 2003-2014**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Taxa de SIDA</b> (casos nous)	212.8	230.3	236.2	213.2	166.5	196.2	110.4	95.0	50.3	79.7	101.5	43.9
<b>Taxa TB</b>	220.7	208.0	184.5	142.1	193.1	159.4	133.7	89.4	117.5	119.5	143.2	137.8

Font: Elaboració pròpia (les taxes han estat calculades utilitzant el nombre de casos descoberts –taula 6- i les xifres del nombre d'interns diferents que han passat pels centres penitenciaris catalans cada any. Vegeu l'annex 1).

El nombre de morts a la presó per causa de la sida i d'altres ha estat el següent:

**Taula 8: Nombre absolut de morts a la presó<sup>11</sup> per sida i altres causes; Catalunya, 2002-2014**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>SIDA (morts)</b>	13	9	9	9	7	7	6	5	1	2	2	2	1
<b>Altres causes (morts)</b>	50	56	52	65	45	59	51	53	52	53	42	60	49
<b>Total morts</b>	63	65	61	74	52	66	57	58	53	55	44	62	50

Font: Elaboració pròpia. Dades: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Disponible a: [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/10\\_SANITARIS/defuncions.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/10_SANITARIS/defuncions.htm).

Per tal d'interpretar el significat d'aquestes xifres és útil comparar les taxes de prevalença de les malalties a la presó amb les taxes respecte al total de població de Catalunya.

Les dades oficials sobre l'**hepatitis C** a Catalunya que es publiquen periòdicament es refereixen a casos en tractament (nous o preexistents). Aquestes dades no són directament comparables amb les estadístiques mensuals de prevalença de l'hepatitis C a la presó. De fet, la darrera vegada que un estudi epidemiològic va estudiar la taxa de prevalença de l'hepatitis C a Catalunya va utilitzar dades de mostra de 1994-96 (Solà et al., 2002)<sup>12</sup>. L'estudi va estimar que en aquell moment el 2,64% de la població estava afectada per aquesta malaltia. D'acord amb el BEC, la xifra d'aquest estudi correspon aproximadament a unes 100.000 persones infectades (Generalitat de Catalunya, 2010). Per tant, si tenim en compte les darreres dades de prevalença disponibles d'hepatitis C (2,64% a la població general i 18,90% a la presó), malgrat la distància temporal, els presos tindrien un risc 7,2 vegades més alt de patir la malaltia.

Les dades sobre VIH periòdicament divulgades es refereixen a la incidència de casos nous (Generalitat de Catalunya, 2014b). Per tant, tampoc són directament comparables amb les dades de prevalença mensuals a les presons. A Espanya no hi ha un "screening" universal de VIH (que arribi a tota la població), però mitjançant mètodes indirectes s'estima que el nombre de persones infectades per VIH és d'entre

11 Inclou defuncions de persones que estan complint condemna a la presó, hospital, centre sanitari, de permís, amb la família, en llibertat condicional, etc.

12 Actualment, la Societat Catalana de Digestologia (SCD) està duent a terme un nou estudi poblacional, amb una mostra de 4.500 persones majors de 18 anys que, a més de la prevalença, permetrà actualitzar els factors de risc, perquè en aquests últims anys hi ha hagut molts canvis <http://www.lavanguardia.com/salud/20150128/54424064619/plan-conocer-presencia-real-hepatitis-catalunya.html>

100.000 i 150.000, la qual cosa representa una prevalença d'infecció d'entre 2,7 i 3,7 casos per cada 1.000 habitants [0,27-0,37%] (Marco Mouriño et al., 2012). Aquestes dades mostren que el risc de malaltia a les presons catalanes (7,6%, en 2014) està unes 20 o 28 vegades sobrerepresentat.

Pel que fa a la incidència de la sida, l'any 2013, es van detectar 139 casos a Catalunya. Això representava un índex total d'1,9 casos per cada 100.000 habitants (Generalitat de Catalunya, 2014b). El mateix any, la taxa d'incidència a la presó va ser, segons els nostres càlculs, de 43,9. Això significa que tot i la gran reducció de les taxes d'incidència en general, la taxa d'incidència en interns/es va ser 23 vegades més elevada que en la població en general.

Segons les dades oficials, es van detectar 1.164 casos de tuberculosi a Catalunya el 2013. El 95,5% d'aquests casos (1.112) es van detectar en pacients nous que mai havien estat tractats amb medicaments contra la tuberculosi durant més d'un mes. Això corresponia a un índex d'incidència de tuberculosi de 14,7 casos nous per cada 100.000 habitants (Generalitat de Catalunya, 2014c). Si comparem aquesta taxa (14,7) i la taxa d'incidència de tuberculosi entre la població penitenciària el 2013 (143,2), veiem que el risc de contraure la malaltia és gairebé 10 vegades més alta a la presó.

No hi ha dades oficials disponibles respecte a la infecció tuberculosa latent (ITBL) i el virus de l'hepatitis B. Per tal d'obtenir aquesta informació és necessari recórrer a investigacions científiques. La infecció tuberculosa latent és la precondició per desenvolupar la tuberculosi i el seu tractament altament efectiu evita l'evolució de la infecció a la malaltia. Garcia-Guerrero et al. (2010) van trobar un índex d'infecció tuberculosa latent del 50,4% en una mostra de 378 interns de 18 presons espanyoles (incloent-hi algunes presons catalanes). Això significa que un de cada dos interns hauria estat en contacte amb el bacteri *M. tuberculosis*. No obstant això, el Dr. Marco, que també va participar en la investigació, creu que avui en dia els paràmetres de comparació amb la població general són del 25% (entrevista amb Dr. Marco). En conseqüència, això podria significar que si la taxa d'infecció tuberculosa latent a les presons segueix en la línia de la taxa del risc d'entrar en contacte amb el bacteri *M. tuberculosis* a la presó, aquesta seria el doble respecte la població espanyola en general.

En un altre estudi Marco Mouriño et al. (2012) van estimar que la prevalença de l'hepatitis B a les presons espanyoles era del 2,6%. Pel que fa a la prevalença a Catalunya, Solà et al. (2002) van mostrar que la taxa de l'hepatitis B era d'1,69% pel període comprès entre els anys 1994 i 1996. El Dr. Marco va actualitzar aquesta informació afirmant que de mitjana la taxa d'hepatitis B a les presons era actualment el doble que l'estàndard nacional (0,7-1,7%) (entrevista amb Dr. Marco).

Pel que fa a la taxa de mortalitat, el 2012 hi van haver 63.284 morts a Catalunya, una taxa bruta de mortalitat de 8,32 morts per cada 1.000 habitants (el 2011 la taxa era de 8,01) (Generalitat de Catalunya, 2014a). Si comparem aquesta taxa amb la taxa bruta



de mortalitat anual a les presons catalanes, que es mostra a la taula de sota, s'observa que la taxa bruta de mortalitat el 2012 va ser molt més baixa (de 4,25) que la de la taxa bruta de mortalitat de la població en general.

**Taula 9: Taxa bruta de mortalitat i taxa específica de mortalitat per la sida i per altres causes a la presó (per cada 1.000 interns); Catalunya, 2003-2014**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Taxa específica de mortalitat per la SIDA</b>	0.71	0.67	0.66	0.50	0.47	0.37	0.29	0.06	0.11	0.11	0.12	0.06
<b>Taxa específica de mortalitat per altres causes</b>	7.55	6.42	7.83	5.02	6.28	5.07	5.04	4.94	5.04	4.17	6.11	5.27
<b>Taxa bruta de mortalitat</b>	8.97	7.75	8.95	5.90	7.11	5.82	5.60	4.93	5.14	4.25	6.19	5.14

Font: Elaboració pròpia. (Dades: mitjana de població penitenciària anual. Vegeu l'annex 1).

### Dades desagregades i vulnerabilitats específiques

Les estadístiques oficials publicades no contenen dades desagregades dels perfils sociodemogràfics de les persones privades de llibertat. Per tal d'extreure aquest tipus d'informació és necessari recórrer a la literatura científica. A continuació presentem informació rellevant d'alguns d'aquests estudis sobre malalties infeccioses:

- **VIH:** L'estudi multicèntric de Marco Mouriño et al. (2012) revela que el 90% de les persones privades de llibertat afectades per VIH eren espanyoles; les quals acostumaven a tendir més al consum intravenós de drogues que els interns estrangers. El 85% de la mostra eren usuaris de drogues injectables (UDI) i només el 16,1% dels que alguna vegada havien consumit drogues per la via intravenosa no s'havien infectat. A més a més, la majoria tenia més de 40 anys i feia 8 anys que sabien que estaven infectats, però és possible que un percentatge significatiu d'ells s'hagués infectat abans de saber-ho. Aquestes dades suggereixen que el nombre de joves que escullen injectar-se drogues està disminuint i que les infeccions del grup d'UDI s'ha reduït significativament (Marco Mouriño et al., 2012).

El 85% dels infectats per VIH es va coinfectar amb els virus de l'hepatitis C i el 12,5% amb el de l'hepatitis B i C alhora, ja que aquests virus es transmeten amb facilitat amb l'ús injeccions. Anàlisis multivariables van confirmar l'associació entre estar infectat pel VIH+ i: a) tenir  $\geq 40$  anys; b) ser UDI (usuari de drogues injectables); c) estar infectat d'hepatitis C; d) estar infectat d'hepatitis B (Marco Mouriño et al, 2012).

- **VIH i adhesió al tractament antiretroviral:** Herraiz, Villamarín & Chamorro (2008) van estudiar l'adhesió a la teràpia antiretroviral en 163 interns VIH positius del Centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona (CPHB) entre el 2003 i el 2005. El perfil sociodemogràfic i penal penitenciari de l'estudi és el següent: la mitjana d'edat era de 36,4 anys, el 61% era solter, 1,3% era analfabet; el 34,75% va rebre educació primària; el 42,7% va rebre educació secundària i l'1,3% va anar a la universitat. El 86,7% havia estat condemnat. Els delictes comesos més habituals eren el robatori (66,2%) i els delictes contra la salut pública (10,8%). El 94,7% eren reincidents. El 97,3% complien condemna en règim ordinari (vegeu l'annex 2).

Pel que fa a les característiques clíniques i al tractament (vegeu l'annex 3), el 73,4% dels interns estava infectat amb el VIH per l'intercanvi de xeringues perquè eren consumidors de drogues per via intravenosa. El 66,7% dels casos d'estudi no tenia la sida. El temps de diagnosi de la infecció del VIH fins a l'entrevista va ser de 149 mesos. Segons els autors, aquestes dades són similars a les presentades per altres investigacions fetes amb persones privades de llibertat (Herraiz, Villamarín & Chamorro, 2008).

- **Adhesió al tractament de l'hepatitis:** Marco Mouriño et al. (2010) van estudiar el seguiment del tractament per a l'hepatitis C crònica (HCC) en pacients consumidors de drogues, entre el 2003 i el 2007 a quatre presons de la província de Barcelona. El perfil de les persones estudiades va ser: 162 presos en tractament per hepatitis C crònica amb un historial de consum de drogues il·legals. La mitjana d'edat era de 34,9 anys, el 97,5% eren homes i el 95,7% eren espanyols. El 82,7% dels pacients era consumidor de drogues per via intravenosa; el 100% de les dones i el 75,9% dels homes. La prevalença de consumidors/es de drogues per via intravenosa era més alt entre les persones privades de llibertat de nacionalitat espanyola que la resta (83,2% vs 57,1%;  $p < 0,001$ ). El 20,5% van ser inclosos en tractaments amb metadona (TM) durant tot el temps de tractament<sup>13</sup>.

El 33,1% dels pacients va confessar haver consumit heroïna i/o cocaïna durant o després del tractament (21,9% per via nasal i/o fumada, el 6,6% per via intravenosa i el 4,6% d'ambdues maneres. Vegeu l'annex 5). Els pacients que seguien tractament amb metadona presentaven un consum de drogues més baix, però estadísticament no significatiu (75,6% de no consumidors vs 68,2%;  $p=0,49$ ). D'altra banda, hi havia diferències en el consum de drogues per via intravenosa (el 2,4% en els que realitzaven TM vs el 12,7% que no;  $p=0,04$ ). 12 pacients van admetre haver compartit xeringues, dels quals 10 ho van fer mentre eren a la presó (Marco Mouriño et al., 2010).

Anàlisis multivariables han confirmat la relació entre la interrupció del tractament

---

13 Altres característiques descriptives de l'estudi es mostren a l'annex 4.

i el consum de droga per via intravenosa dins de la presó i fora, mentre que s'ha refutat qualsevol altra relació amb les variables incloses a l'estudi (Marco Mouriño et al., 2010).

- **Virus d'hepatitis C:** Segons Major i Guerrero (2014), la distribució de diferents genotips del virus de l'hepatitis C entre els interns infectats a les presons catalanes és el següent: genotip 1 (54%), genotip 2 (2%), genotip 3 (27%), genotip 4 (16%) i 1% per a la resta de genotips. La distribució no ha patit canvis significatius en els darrers anys i no difereix de la distribució que es troba a la resta d'Espanya o dels consumidors de drogues per via intravenosa no emprisonats.
- **Infecció tuberculosa latent (LTBI):** Garcia Guerrero et al. (2010) exposen que els factors que s'acostumen a associar amb la infecció tuberculosa latent són: a) l'edat, perquè com més temps s'hi està exposat més probabilitats d'infecció hi ha; b) la proximitat física, de vegades degut a la sobre població de les presons. Entre els factors estudiats, aquests dos estaven independentment associats a la infecció tuberculosa latent. El model de regressió logística va confirmar l'associació independent de la infecció tuberculosa latent amb: a) edat > 40 anys; i b) estància > 5 anys a la presó. Aquesta alta prevalença pot ser deguda a l'alta proporció de pobresa socioeconòmica en què es troba la població penitenciària, la qual cosa també s'acostuma a associar amb el risc d'infecció tuberculosa latent.
- **Infecció tuberculosa latent:** Solé et al. (2012) van analitzar una mostra de 152 immigrants emprisonats al CPHB el juny de 2009, per estudiar la prevalença de la infecció tuberculosa latent. La mitjana d'edat era de 31,9 anys. El 37,3% eren consumidors d'heroïna o cocaïna i el 7,5% eren consumidors de drogues via intravenosa. L'anàlisi multivariàble només va confirmar la relació amb l'edat.

A diferència de la població nativa, on acostuma a haver-hi una relació entre les taxes d'infecció tuberculosa latent i de VIH, aquesta relació no s'ha observat entre la població d'immigrants, que presentava les mateixes taxes d'infecció tuberculosa latent però tenia taxes més baixes de VIH. La clau pot recaure en què els interns estrangers tendien a no consumir drogues per via intravenosa (Solé et al., 2012).

- **Tuberculosis:** Segons el Dr. Andrés Marco “el nombre de casos de tuberculosi és cinc vegades més alt en interns estrangers que en espanyols” (entrevista amb Dr. Marco).
- **Hepatitis B:** A l'entrevista, el Dr. Marco va explicar que anys enrere la salut pública catalana va vacunar a diversos grups de risc, incloent-hi les persones privades de llibertat i el personal penitenciari. El Dr. Marco va manifestar que en aquell moment va ser una bona estratègia, perquè avui dia la taxa de prevalença entre els interns nacionals (1,5%) és similar al de la població en general (0,7-

1,7%) No obstant això, en el moment de les vacunes, la presència d'estrangers a les presons era molt menor. Actualment representen gairebé un de cada dos interns (el 43% el 2014) a Catalunya. De manera que el risc d'hepatitis B entre les persones privades de llibertat estrangeres ara és 3,5 vegades més alt, perquè van arribar amb els nous fluxos d'immigració internacional i no van ser vacunats en el passat.

## Tendències en taxes de malalties infeccioses en els darrers anys

### *Tendències a les presons*

Les sèries cronològiques mostren una tendència a la baixa dels indicadors sanitaris a la presó. Les millors descripcions i interpretacions de tendències, novament, es troben a la literatura científica. Tot i que generalment cobreix la transició epidemiològica a la presó de tot Espanya, això es pot aplicar també a la situació de les presons catalanes.

Hernández i Arroyo (2010) van analitzar les tendències de les malalties infeccioses a les presons espanyoles. Segons aquests autors, “la prevalença de la infecció del VIH mostra un clar descens en els últims anys, amb la prevalença detectada el 2008, 3,5 vegades inferior que la detectada fa deu anys” (vegeu l'annex 6).

Aquests autors també mostren l'evolució de la incidència de la tuberculosi i de la sida a les presons espanyoles (vegeu l'annex 7). Ambdues malalties mostren una tendència de descens gairebé en corbes paral·leles, la qual cosa també indica l'estreta relació que hi ha entre la tuberculosi i la sida. Entre 1994 i 2008, hi ha hagut un descens dels casos de sida del 93,7%. En el cas de la tuberculosi el descens va començar el 1996, i des d'aquest any fins al 2008 va disminuir un 85% (Hernández i Arroyo, 2010).

Pel que fa a l'evolució de la prevalença de la infecció del virus de l'hepatitis C a les presons espanyoles, amb una alta prevalença el 1998, els darrers 10 anys s'ha reduït a la meitat (vegeu l'annex 8) (Hernández i Arroyo, 2010).

La prevalença d'hepatitis C a les presons catalanes va seguir el mateix camí. Segons dades del l'Àrea de Salut del Departament de Justícia de la Direcció General de Serveis Penitenciaris, la taxa de prevalença del virus de l'hepatitis C va disminuir del 43,6% el 2004 al 19,2% en l'actualitat (Major i Guerrero, 2014).

Hernández i Arroyo (2010) van observar que l'evolució de la incidència de les infeccions del VIH i del virus de l'hepatitis C transmises a la presó (seroconversió) també s'ha reduït a les presons espanyoles. Aquest indicador mesura l'eficàcia dels programes de prevenció i de seguiment d'aquestes malalties a la presó. La taxa de seroconversió en ambdós tipus d'infeccions ha disminuït els darrers 8 anys (anys en què hi ha dades disponibles), 85% en seroconversions de VIH i 71% en seroconversions d'hepatitis C (vegeu l'annex 9).

Respecte a la taxa de mortalitat general a les presons, Marco Mourinho (2011) afirma que “el nombre de morts a la presó ha disminuït considerablement en els últims anys. La taxa bruta de mortalitat, que en el passat era molt superior a la de la població en general, actualment és més baixa que la de la població penitenciària”.

### **Tendències de la població catalana en general**

És possible trobar tendències igual de favorables per a la tuberculosi i la sida en la població en general i, en menor grau, també per a l'hepatitis C. En els últims vint anys la tuberculosi s'ha reduït de forma molt significativa en la població en general. La taxa d'incidència de la tuberculosi per cada 100.000 habitants va ser del 48,5 el 1995; del 41,9 el 1996 i del 22,2 el 2008. El 2013, la taxa era del 15,4 (Generalitat de Catalunya, 2014c). Aquestes xifres representen una reducció acumulada del 68,2% en aquest període.

En els mateixos anys, el nombre de pacients amb sida a Catalunya també va disminuir, passant dels 1.323 casos el 1996 a 139 el 2013, una reducció del 89%. Malauradament, no podem dir el mateix de la incidència del VIH, ja que hi ha hagut una tendència de decreixement molt baixa des que es va començar aquesta estadística. El 2001, el primer any de les sèries cronològiques, es van detectar 741 nous casos de VIH, representant una taxa d'11,7 casos per cada 100.000 habitants. El 2009, aquestes xifres presentaven 722 casos nous i una taxa del 10,2, que representa una reducció acumulativa en la incidència del VIH del 12,8% en 8 anys. Però en els darrers cinc anys (2009-2013), el nombre total de casos detectats s'ha mantingut estable. Per tant, el 2013 hi havia 754 casos nous i una taxa del 10,4 (18,3 pels homes i 2,7 per les dones) (Generalitat de Catalunya, 2014a).

A les fonts consultades no ha estat possible trobar una anàlisi de tendències per l'hepatitis C, tot i que dels informes s'extreu que la incidència de casos nous de tractament per a l'hepatitis C crònica per a cada 100.000 habitants a Catalunya el 2006 era de 28,83; el 2007 de 24,17; el 2008 de 30,44; el 2009 de 24,8 i el 2010 de 22,8 (Generalitat de Catalunya, 2009; 2010). Aquestes dades impliquen una reducció del 21,9% en aquest curt període de temps (2006-2010). El nombre de nous casos de pacients en tractament va passar a ser d'un màxim de 2.242 el 2008 i d'un mínim de 1.721 el 2010. De manera que la incidència de pacients amb hepatitis C crònica que van rebre tractament per primera vegada mostrava una “lleugera tendència a la baixa” (Generalitat de Catalunya, 2009; 2010).

Podem concloure aquesta anàlisi de dades amb les paraules de Rafael Guerrero, que va afirmar que “la presó és un reflex de la societat. Tot allò que passa a la societat també passa a la presó. Totes les accions realitzades a la comunitat ens beneficien. Tot allò que hem fet a la presó, també ens beneficia” (entrevista).

De fet, la important transició epidemiològica a les presons catalanes i espanyoles dels darrers quinze anys s'explica no només per un conjunt de mesures sanitàries,

sinó també per importants canvis sociològics en el perfil de les persones privades de llibertat al llarg dels anys.

En general, s'haurien de tenir en compte dos factors sociològics rellevants:

- a. Hi ha una reducció general dels reclusos espanyols que consumeixen drogues i, entre els que en consumeixen s'ha observat un canvi en el patró de consum, amb menys consumidors de drogues per vies intravenoses<sup>14</sup>.
- b. El percentatge de persones estrangeres privades de llibertat va créixer molt a Espanya i a Catalunya. Els estrangers, el 1996, representaven el 17% dels interns, mentre que el 2013 aquest segment representava el 44% a les presons catalanes i el 29% a la resta de l'estat (el 32% per a tota Espanya)<sup>15</sup>. Entre aquestes persones privades de llibertat, hi ha generalment menys usuaris de drogues, en especial UDI (Marco Mouriño et al, 2010; 2012; Solé, 2012). Per tant, sembla que l'augment de la presència de poblacions immigrants ha contribuït d'alguna manera a reduir el VIH i l'hepatitis C a les presons però, d'altra banda, com que moltes d'aquestes persones venen de països més pobres, estan més exposats a la tuberculosi (Solé et al., 2012).

La reforma del sistema sanitari a la població catalana ha contribuït també a que hi hagi proporcionalment menys persones malaltes entre els nous ingressos a la presó. Les estadístiques clau, pel que fa a les seroconversions a la presó, semblen indicar que en aquest període la feina dels professionals sanitaris a les presons va ser molt efectiva. Això indicaria que els gestors sanitaris de la presó van aprofitar l'oportunitat que els brindava el fet que la població en risc estigués concentrada en una sola institució. De manera que es pot concloure que el control de les malalties infeccioses a la presó també ha contribuït a la millora substancial de les taules epidemiològiques de tota la població.

La reducció de la taxa bruta de mortalitat ha succeït principalment arran de la millora de les condicions de vida i de les taxes de supervivència de les persones infectades amb el VIH, com a conseqüència de la introducció del TARGA (Tractament antiretroviral de gran activitat), a finals del 1996 (Marco Mouriño, 2011). Gràcies a la disponibilitat de les medicines antiretrovirals, la mortalitat per aquesta causa avui dia a les presons representa menys del 10% de les morts (Garcia Guerrero et al., 2011), i ha fet que el VIH hagi passat a ser una malaltia crònica (Herraiz, Villamarín i Chamorro, 2008).

Cal destacar que l'augment de les prestacions sanitàries a les presons ha permès que els/les interns/es utilitzin els serveis mèdics més que si estiguessin fora de la presó, la qual cosa facilita la detecció precoç de problemes de salut que d'altra manera passarien desapercibuts (Garcia Guerrero et al., 2011).

<sup>14</sup> Segons la Dra. Turú, a la primera consulta mèdica que s'ofereix al intern en entrar a la presó, es recopila també informació sobre el consum de drogues i l'historial de consum. D'aquesta font, no publicada, s'ha detectat la reducció progressiva dels consumidors de drogues per vies intravenoses a les presons.

<sup>15</sup> Anuari Estadístic del Ministeri d'Interior d'Espanya, 2013.

Respecte a la mortalitat a la presó, tots els programes implementats (la reducció de danys associats al consum de drogues, la prevenció del suïcidi, la prevenció i control de malalties infeccioses, etc.) han demostrat ser tot un èxit, de manera que continuaran perquè són necessaris per a aquest segment de la població (Marco Mouriño, 2011).

### 3. Polítiques i serveis de reducció de danys a les presons

Els programes de reducció de danys a les presons s'han desenvolupat des dels anys vuitanta, quan un gran nombre de consumidors/es de drogues va començar a ser empresonat i la sida i altres infeccions relacionades amb el consum de drogues via intravenosa van començar a ser un problema.

Als anys vuitanta, els primers programes a les presons eren programes lliures de drogues, informació i conscienciació. Es posava a la disposició dels interns fulletons sobre com injectar-se drogues de forma segura, amb recomanacions sobre la importància de no compartir xeringues ni altres tipus de materials i sobre com netejar-los. Es distribuïen packs amb raspalls, ganivetes i lleixiu. Posteriorment, a les presons es van començar a oferir programes de reducció de danys.

El programa de reducció de danys més important és el tractament substitutiu i de manteniment amb metadona, que combina serveis mèdics i socials, i assistència legal als consumidors. Quan es va començar a implementar a les presons el 1993, va ser molt controvertit, tot i que fora de les presons ja feia força temps que s'utilitzava. Molts usuaris de drogues de les presons eren reticents. Els espantava els efectes que podia tenir prendre una altra droga com la metadona, pel risc de sobredosi, entre d'altres. (entrevista a l'ICS).

Afortunadament, el programa es va generalitzar i ara s'ofereix a totes les presons catalanes. Es tracta d'un programa d'accés fàcil; és a dir, que es pot entrar al programa de manera senzilla i són poques les condicions que es demanen. Prevé infeccions i és segur.

No obstant això, darrerament el nombre de persones que segueixen aquest programa s'està reduint. El 2014, es van registrar 1.300 presoners en el Programa de manteniment amb metadona, dels quals 200 eren nous pacients (entrevista a l'ICS). La causa d'aquest descens recau en la reducció general dels consumidors de drogues per via intravenosa. Afortunadament, el 2014, tan sols el 7% dels nous ingressos va afirmar consumir o haver consumit drogues per aquesta via (entrevista a l'ICS).

El PIX distribueix xeringues i la resta de material necessari per a un consum segur de drogues per via intravenosa. Fora de les presons, el pack conté: xeringues, aigua, tovalloletes i un bol.

Aquest programa va arribar molt tard a les presons i s'ha implementat amb moltes dificultats. Avui dia s'ofereix a totes les presons catalanes excepte al Centre Penitenciari

d'Homes de Barcelona (conegut com "La Model"), on hi ha principalment persones en detenció preventiva. La majoria d'infermeres i metges consideren que en aquesta presó s'hauria d'oferir també.

Hi ha diferents perspectives respecte al PIX. Des d'una perspectiva de salut pública, els partidaris creuen que s'hauria d'oferir sempre i a tot arreu. Des del punt de vista dels que entenen el programa com un mitjà per canviar el comportament i un tractament per a la drogodependència creuen que s'hauria de fer un ús restringit del programa. Finalment, hi ha qui considera que aquest tipus de programa és incompatible amb la idea d'una presó, perquè suposa un perill per a la seguretat (entrevista a l'ICS). A Espanya es va implementar aquest programa abans que a Catalunya. A Catalunya es va haver de fer front a l'oposició dels sindicats de funcionaris penitenciaris perquè consideraven que les xeringues a les presons eren molt perilloses.

Els membres del personal sanitari de les presons són els responsables de l'intercanvi de xeringues. Es van considerar altres opcions però, al final, les xeringues s'intercanvien només a la infermeria. L'anonimat és indispensable. En teoria la persona privada de llibertat va a la infermeria sense haver de dir per què hi va. Tenir una xeringa a la cel·la és una infracció greu excepte si la persona que té la xeringa està registrada en el PIX. Per tant, en aquestes circumstàncies es pot infringir l'anonimat. També és important tenir en compte que el pack que es lliura a les presons no està complet. El bol no hi està inclòs, perquè es considera perillós. Aquests factors podrien explicar l'ús limitat d'aquest programa. Només un 5-6% de les persones privades de llibertat que consumeixen drogues per via intravenosa estan seguint el Programa d'Intercanvi de Xeringues (entrevista ICS).

Entre els anys 2010 i 2011 es va introduir un programa pilot de reducció de danys per fomentar pràctiques segures de tatuatge, adreçat als joves, que acostumen a tatuar-se. El programa posava un professional a disposició d'aquells que volien fer-se un tatuatge i informació sobre bones pràctiques per tatuar-se de forma segura. No obstant això, el programa no va encaixar amb el programa de detecció de bandes a la presó, ja que molts motius o imatges, que es podien tenir significat identificatiu d'una banda, estaven prohibits. Al final de la prova pilot, pocs joves van voler tatuar-se en el marc del programa i aquest es va suspendre.

Finalment, es distribueixen preservatius de manera sistemàtica en el "lot higiènic" (tovalloles, xampú, paper higiènic, etc.), quan les persones privades de llibertat tenen visites "vis a vis" o quan aquestes volen. El nombre d'articles que conté el "lot higiènic" ha disminuït des de l'inici de la crisi i les retallades (entrevista a Mar Torrecillas).



## IV. CONTROL DELS DRETS HUMANS A LES PRESONS I MALALTIES INFECCIOSES

### 1. Salut penitenciària: marc legal i polítiques públiques

Com s'ha mencionat anteriorment, els articles 15 i 45 de la Constitució espanyola garanteixen el dret a la vida, a la integritat física i moral, i el dret a la protecció sanitària. Com són drets fonamentals no poden estar condicionats per cap pronunciament judicial ni sentència.

Segons l'article 3.4 de la LOGP i l'article 4.2 del Reglament Penitenciari, les persones empresonades tenen el dret a una vida segura garantida per l'Administració, incloent-hi la integritat moral i física, a més de la salut.

L'assistència sanitària per a persones privades de llibertat funciona d'acord amb els estàndards nacionals establerts pel Sistema Nacional de Salut, la Llei i el Reglament Penitenciari. Fins l'any passat a Catalunya el Servei de Salut Penitenciària depenia del Departament de Justícia però, el novembre de 2014, Catalunya va transferir la responsabilitat de la salut penitenciària del Departament de Justícia al Departament de Salut.

L'empresonament d'un/a ciutadà/na vincula les persones privades de llibertat amb l'Administració i estableix una "relació de subjecció especial" (sentència del Tribunal Constitucional 74/1985, 2/1987, 120/1990 i 57/1994, entre d'altres). Aquesta relació especial dóna a l'Administració una responsabilitat autònoma i major sobre les persones privades de llibertat que sobre un ciutadà comú. L'exercici d'aquesta potestat queda sota la supervisió estricta de la Llei i està limitat a l'inici i al final de la relació d'acord amb pena (article 1 de la LOGP) i pel valor preferent dels drets fonamentals de la persona privada de llibertat que es reconeixen expressament a l'article 25.2 de la Constitució espanyola.

La "relació de subjecció especial" permet a l'administració penitenciària condicionar alguns drets fonamentals de les persones recluses a causa de la mateixa privació de la llibertat, però imposa alhora la protecció i la facilitació de l'exercici de la resta de drets que no es veuen necessàriament condicionats (sentència del Tribunal Constitucional 2/1987). En el nostre cas, l'administració penitenciària ha de protegir i facilitar el dret a la protecció de la salut. Per això, la part responsable de garantir la salut de les persones privades de llibertat és l'administració penitenciària que compleix el seu deure mitjançant el sistema de salut públic de Catalunya, ja que el sistema de salut penitenciari depèn totalment d'aquest.

No hi ha lleis ni polítiques especials que regulin el control de la salut a les presons, per tant ens hem de remetre a la normativa respecte a la supervisió de les pràctiques de l'Administració en general. Com que l'administració penitenciària i el sistema de salut

pública són departaments dependents del govern català, la institució que protegeix i defensa els drets i les llibertats dels ciutadans és el defensor del poble català o Síndic de Greuges. La institució del Síndic de Greuges està regulada pels articles 78 i 79 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya (2006). En concret, l'article 78.1 descriu les seves funcions de la següent manera:

“El Síndic de Greuges té la funció de protegir i defensar els drets i les llibertats que reconeixen la Constitució i aquest Estatut. Amb aquesta finalitat supervisa, amb caràcter exclusiu, l'activitat de l'Administració de la Generalitat, la dels organismes públics o privats vinculats o que en depenen, la de les empreses privades que gestionen serveis públics o aconsegueixen activitats d'interès general o universal o activitats equivalents de manera concertada o indirecta i la de les altres persones amb un vincle contractual amb l'Administració de la Generalitat i amb les entitats públiques que en depenen. També supervisa l'activitat de l'Administració local de Catalunya i la dels organismes públics o privats vinculats o que en depenen.”

La seva regulació està desenvolupada per la Llei 24/2009 de 23 de desembre del Síndic de Greuges (Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5536 de 30/12/2009).

La institució que defensa els drets fonamentals de les persones privades de llibertat i controla l'administració espanyola és el Defensor del Pueblo. D'acord amb la Constitució espanyola (article 54), “és l'alt comissionat de les Corts Generals, escollit per defensar els drets fonamentals; a aquest efecte podrà supervisar l'activitat de l'Administració, i donar-ne compte a les Corts Generals.” Aquesta institució està regulada per la Llei Orgànica 3/1981, del 6 d'abril de 1981 modificada per la Llei Orgànica 2/1992 del 5 de març de 1992 i la Llei Orgànica 1/2009 del 3 de novembre de 2009 (Butlletí Oficial de l'Estat 266 del 4 de novembre del 2009).

Després de la ratificació per part de l'Estat espanyol del Protocol Facultatiu de la Convenció contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumanes o degradants adoptat per l'Assemblea de les Nacions Unides a Nova York el 18 de desembre del 2002, i, ratificat per Espanya el 3 de març del 2006, el parlament espanyol va atorgar les funcions del Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura (MNPT) a Espanya al Defensor del Pueblo a finals del 2009.

Amb la Llei Orgànica 1/2009 del 3 de novembre del 2009, el parlament espanyol va conferir al Defensor del Pueblo amb les potestats inherents al Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura d'Espanya. Com a MNPT, el “Defensor” va començar a visitar centres de detenció el març de 2010. El “Defensor”, com a MNPT pot realitzar visites als llocs de detenció de tot el territori espanyol, la qual cosa inclou les presons catalanes i la salut de les persones que hi són privades de llibertat. El Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura lliura un informe anual al parlament espanyol i a les oficines de Ginebra del Subcomitè per a la Prevenció de la Tortura de les Nacions Unides.

A Catalunya, la Llei 24/2009, del Síndic de Greuges inclou un títol dedicat a la prevenció de la tortura i altres penes o tractes cruels, inhumans o degradants (Títol VIII). Aquest estableix:

“S’atribueix al Síndic de Greuges, en virtut del Protocol facultatiu de la Convenció de les Nacions Unides contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants, [...], la condició d’Autoritat Catalana per a la Prevenció de la Tortura i d’altres Tractes o Penes Cruels, Inhumans o Degradants, amb el caràcter d’organisme nacional independent que estableix l’article 17 del Protocol.” (article 68)

L’article 69 continua establint que:

“El Síndic de Greuges actua com a Autoritat Catalana per a la Prevenció de la Tortura i d’altres Tractes o Penes Cruels, Inhumans o Degradants en tots els espais en què es trobin persones privades de llibertat, bé siguin centres o instal·lacions localitzats a Catalunya, bé siguin mitjans de transport que transcorrin pel seu territori, si aquests espais depenen de les administracions, els organismes, les empreses i les persones a què fa referència l’article 78.1 de l’Estatut [esmentat més amunt].”

Quan aquesta llei catalana es va aprovar, el Defensor del Pueblo va recórrer davant del Tribunal Constitucional. El 5 de març del 2015, el Tribunal Constitucional va declarar que el Títol VIII de la Llei 24/2009 era inconstitucional. Concretament, el Tribunal va declarar que el Síndic de Greuges de Catalunya no es pot considerar una Autoritat catalana en l’àmbit internacional, però que pot ser el mecanisme per a la prevenció de la tortura a Catalunya. Això significa que el Síndic de Greuges, el grup de treball i el consell assessor creats per la prevenció de la tortura i d’altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants pot seguir amb les seves funcions, però sense el reconeixement internacional de la institució. Actualment, el Síndic de Greuges i el Defensor del Pueblo estan treballant en un acord per regular la col·laboració entre institucions.

En resum, el Síndic de Greuges com a defensor del poble català té el deure de controlar el sistema de salut pública i l’administració penitenciària de Catalunya; per tant, això significa que és el responsable del control de la salut a les presons. El Defensor del Pueblo, com a autoritat del Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura Espanyol té el deure de verificar que en els centres de detenció de totes les administracions públiques espanyoles, les autoritats i tot el personal actuen d’acord amb els criteris establerts pels estàndards espanyol i internacional quant al servei sanitari. També han de garantir que les seves administracions i instal·lacions no contribueixen al maltractament ni a la tortura. El Síndic de Greuges, com a Mecanisme català per a la prevenció de la tortura, té les mateixes responsabilitats però només en els llocs de privació de llibertat catalans, de manera que ambdues institucions són responsables del control de la salut dels interns a les presons catalanes.

El 26 de novembre de 1987, Espanya va ratificar la Convenció europea per a la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants del Consell d'Europa, que va entrar en vigor el 1989 i que va establir el Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants (CPT). El Comitè, mitjançant visites d'inspecció, ha d'examinar el tractament de les persones privades de llibertat per tal d'enfortir, si és necessària, la protecció d'aquestes persones contra la tortura i els tractes o penes inhumanes o degradants. D'acord amb les normes del CPT, l'atenció sanitària de les persones privades de llibertat és un tema directament rellevant d'acord amb el mandat de la CPT. Per tant, la CPT també pot visitar les presons catalanes per garantir que els interns rebin una atenció mèdica adequada.

## 2. Mecanismes de control dels Drets Humans

### Mecanismes de control nacionals

Els organismes nacionals que tenen el mandat de vigilar les qüestions relatives a la salut a les presons catalanes són el Síndic de Greuges (com a Defensor del poble de Catalunya), el Mecanisme Català per a la Prevenció de la Tortura i el *Defensor del Pueblo*, com a Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura (espanyol).

El Síndic de Greuges:

El Síndic de Greuges ha d'exercir les seves competències amb imparcialitat, objectivitat i independència (article 2 Llei 24/2009). És escollit per majoria de vots (tres cinquenes parts) del Parlament català, per un període de nou anys. El Síndic no està subjecte a cap òrgan governamental, és políticament independent i actua amb objectivitat, llibertat de criteri i independència.

El poder del Síndic resideix en la persuasió. En les seves resolucions, el Síndic fa les recomanacions i els advertiments que considera oportuns a les administracions per corregir una situació irregular. També pot recomanar la introducció de canvis o modificacions legals en aquelles normes en què observi una vulneració dels drets de les persones. El Síndic no imposa, no sanciona ni sentència, però les seves resolucions són inapel·lables.

Cada any el Síndic informa el Ple del Parlament sobre les actuacions que ha dut a terme. També presenta informes extraordinaris sobre alguna matèria específica que considera important o urgent.

Com a defensor del poble de Catalunya, el Síndic té la funció d'atendre les queixes de tota persona que es trobi desemparada davant les accions o omissions de les administracions. Vetlla pel bon funcionament de l'Administració de la Generalitat, i dels ens locals de Catalunya, com ara els ajuntaments, les diputacions o els consells comarcals. Per tant, actua com a supervisor i col·laborador de l'Administració catalana amb l'objectiu d'ajudar a millorar el seu funcionament.

El Síndic intervé en rebre una queixa o per iniciativa pròpia (ex-officio) si observa que les administracions (governos autonòmics, ministeris, ajuntaments, diputacions i administracions perifèriques de l'estat) o les empreses que ofereixen serveis d'interès públic a Catalunya poden haver vulnerat els drets d'una persona o col·lectiu.

Segons les queixes rebudes, o per iniciativa pròpia, el Síndic du a terme les accions i les investigacions necessàries per detectar possibles vulneracions de drets i per trobar solucions, de manera que el seu paper és de mecanisme reactiu. Si els casos ja s'han resolt o estan pendents d'una sentència judicial, el Síndic no pot intervenir-hi. El Síndic serveix també com a defensor dels pacients, i té la missió de garantir els drets de tots els usuaris del sistema de salut català.

El defensor del poble de Catalunya rep consultes i queixes de gent privada de llibertat en centres penitenciaris, ja que se'ls permet adreçar-se al Síndic. Per tal de recollir informació per investigar els seus casos, el Síndic sol·licita la informació necessària a l'administració regional, visita les instal·lacions de les presons i s'entrevista amb les autoritats responsables dels centres penitenciaris, el personal i els interns. Quan el Síndic de Greuges va a una presó com a defensor del poble de Catalunya, acostuma a anunciar la visita i el nom de la persona amb qui li agradaria entrevistar-se però, si ho volgués, podria fer una "visita sorpresa". Acostumen a anunciar les visites per raons organitzatives i per assegurar-se que podran veure a la persona reclusa que han demanat però, una vegada són a la presó, també poden entrevistar-se amb altres interns sense haver-ho de notificar, com també amb el personal mèdic penitenciari, treballadors/es socials, etc. Després de la intervenció del Síndic, envien un qüestionari per avaluar la seva feina i per saber els resultats de les seves accions.

Com a mecanisme preventiu, d'acord amb el Títol VIII de la Llei 24/2009, el Síndic de Greuges, com a Mecanisme Català (abans de la decisió del Tribunal Constitucional "Autoritat Catalana per a la Prevenció de la Tortura"), pot:

- a. Visitar periòdicament els espais en què es trobin persones privades de llibertat.
- b. Fer recomanacions a les autoritats competents.
- c. Formular propostes i observacions sobre els avantprojectes de llei en aquesta matèria.
- d. Exercir qualsevol altra funció atribuïda pel Protocol Facultatiu de la Convenció de les Nacions Unides contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumanes o degradants.

El Mecanisme Preventiu Català té accés a la informació sobre el nombre i l'emplaçament de qualsevol lloc on hi hagi persones privades de llibertat, sobre el nombre de persones privades de llibertat, sobre com es tracta a aquestes persones i les condicions de la seva detenció o internament. També pot tenir accés a informació sobre el seu historial mèdic si està relacionat amb les funcions que exerceix la institució en aquest camp, i s'ha d'adherir, en tots els casos, a l'obligació de confidencialitat (article 72 de la Llei 24/2009).

El Síndic de Greuges, com a Mecanisme Català pot entrevistar-se amb persones privades de llibertat, sense testimonis i amb l'assistència d'un intèrpret, en cas necessari, i qualsevol altra persona que pugui proporcionar informació rellevant, en les dependències que estimin convenients dels espais en què es trobin privades de llibertat (article 73 de la Llei 24/2009).

El grup de treball per a la prevenció de la tortura i d'altres tractes cruels, inhumans i degradants a Catalunya està format pel Síndic o Síndica de Greuges i cinc professionals. Entre ells hi ha experts en drets humans i salut, en concret, un psiquiatra (des de 2014) i una metgessa (des de 2015). El personal té la capacitat de controlar i recol·lectar informació en temes de salut i drets humans, i en especial pel que fa a malalties infeccioses a les presons, però no ho tenen en compte en els seus informes perquè no estan considerant aquests aspectes en les seves inspeccions.

Per controlar les presons no envien qüestionaris sinó que fan “visites sorpresa” per inspeccionar les seves condicions. Principalment recullen informació qualitativa, de manera que les dades no es desagreguen. Les activitats realitzades pel Mecanisme de prevenció Català es presenten anualment en un informe monogràfic al Parlament.

El *Defensor del Pueblo*, com a Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura (MNPT):

Entre les funcions que desenvolupa el Defensor del Pueblo per la defensa i la protecció dels drets fonamentals d'acord amb l'article 54 de la Constitució espanyola i la Llei Orgànica 3/1981 del 6 d'abril de 1981 que regula la mencionada institució, el paper concret del Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura és el de garantir el compliment de l'article 15 (dret a la vida) i de l'article 17 (el dret a la llibertat i a la seguretat) de la Constitució espanyola.

El *Defensor del Pueblo*, com a Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura, realitza visites d'inspecció preventives a centres de detenció i privació de llibertat per verificar el compliment dels estàndards espanyols i internacionals en aquests establiments i garantir que el seu funcionament i instal·lacions no condueixen al maltractament ni a la tortura.

A tals efectes, el MNPT pot dur a terme —amb llibertat i sense restriccions— inspeccions visuals, documentals o de qualsevol altre tipus dels llocs i centres on hi ha privació de llibertat sota jurisdicció de les autoritats espanyoles.

El *Defensor* com a MNPT pot obtenir de les autoritats espanyoles qualsevol document i informe que consideri necessari. Les autoritats hauran de lliurar al Defensor tots els documents rellevants, i han de col·laborar inestimablement amb aquesta institució.

Les accions preventives del Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura són:

- Dur a terme visites d'inspecció regulars sense previ avís als centres de privació de llibertat d'acord amb allò que estableixen els articles 1 i 19 a) del Protocol Facultatiu.
- Crear registres d'inspeccions i informes d'acord amb allò que estableix l'article 23 del Protocol Facultatiu.
- Fer recomanacions a les autoritats d'acord amb allò que estableix l'article 19 b) del Protocol Facultatiu.
- Fer propostes i observacions sobre la legislació en vigor o dels projectes de llei en la matèria que regulen aquests temes d'acord amb allò que estableix l'article 19 c) del Protocol Facultatiu.

La condició de Defensor del poble és incompatible amb qualsevol altre mandat de representació, qualsevol càrrec polític o activitat de propaganda política. Tampoc és compatible amb la afiliació a un partit polític ni amb cap càrrec de direcció en un partit polític, sindicat, associació o fundació ni cap feina al servei d'aquests. Tampoc és compatible amb les carreres judicial i fiscal ni amb cap activitat professional, liberal, comercial o laboral.

El *Defensor del Pueblo* en el seu paper de MNPT publica un informe anual en què informa de les seves activitats i el lliura al Parlament espanyol i al Subcomitè per a la Prevenió de la Tortura de les Nacions Unides.

Aquests diferents mecanismes de control utilitzen eines similars i segueixen processos similars, però no són iguals. El Síndic de Greuges, com a defensor del poble de Catalunya, és un mecanisme reactiu; de manera que quan va a la presó a entrevistar-se amb una persona privada de llibertat o a inspeccionar les condicions anuncia la visita. El Síndic i el *Defensor del Pueblo* com a Mecanismes Preventius català i nacional, respectivament, són preventius i, per tant, no programen les seves visites.

Els Mecanismes Preventius català i nacional segueixen diferents metodologies per inspeccionar els centres de detenció i privació de llibertat, però segueixen directrius o estàndards similars per preguntar o observar en les seves visites. Per exemple, el MNPT publica informació quantitativa i fotografies en els seus informes, mentre que el Mecanisme Català per a la Prevenió de la Tortura no. Els Mecanismes Preventius català i nacional no treballen junts i no coordinen les seves visites. No comparen ni comparteixen la informació que recullen ni l'amplien. De fet, és possible que visitin la mateixa presó pel mateix cas sense ni tan sols saber la tasca portada a terme per l'altra institució.

Les associacions i ONG que formen part de la *Coordinadora para la Prevención de la Tortura* lamenten que el MNPT no sigui tan efectiu, independent, transparent ni ràpid a l'hora d'actuar com podria ser. Lamenten que en lloc de crear un nou mecanisme realment independent, impulsat i dirigit per la societat civil, el govern espanyol va decidir complir el Protocol Facultatiu de la Convenció contra la Tortura fent que el Defensor del Poble fos el MNPT. Per a la situació catalana les crítiques són semblants:

tot i la bona voluntat de la Institució per tenir en compte la societat civil, no hi ha procediments formals suficients que garanteixin la seva participació.

Els tribunals a Espanya tenen la potestat de considerar els drets de la salut i també els drets de la salut de les persones privades de llibertat, però si, com s'ha esmentat més amunt, el cas ja s'ha resolt o si està pendent de sentència judicial, el MNPT no hi pot intervenir. Aquest aspecte també és criticat per la Coordinadora per a la Prevenció de la Tortura com a un obstacle per eradicar veritablement la tortura i els maltractaments.

### Mecanismes de control regionals/internacionals

El Relator Especial de les Nacions Unides sobre la tortura, Theo van Boven, va visitar Espanya del 5 al 10 d'octubre de 2003. L'informe de la visita es va publicar el 6 de febrer de 2004 (E/CN.4/2004/56/Add.2) i conté un estudi dels aspectes legals i fàctics respecte a les al·legacions de tortura o maltractament, en concret pel que fa a les persones detingudes en relació amb la lluita contra el terrorisme. El Relator Especial va concloure que la tortura o els maltractaments no són sistemàtics a Espanya, però el funcionament del sistema permet que hi hagi tortures o maltractaments, particularment respecte a persones detingudes en règim d'incomunicació relacionades amb activitats vinculades al terrorisme. En conseqüència, va recomanar al Govern espanyol l'adopció d'una sèrie de mesures per tal de donar compliment amb el seu compromís d'impedir i eradicar els actes de tortura i altres formes de maltractament. L'informe no incloïa cap recomanació rellevant relativa a les malalties infeccioses ni als serveis de reducció de danys a les presons.

El Comitè europeu per a la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants (CPT) també ha visitat Espanya en diverses ocasions. Els resultats de les visites es recullen en els següents informes:

1. Informe al Govern espanyol sobre la visita a Espanya portada a terme pel Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants (CPT), del 14 al 18 juliol de 2014.
2. Informe al Govern espanyol sobre la visita a Espanya portada a terme pel Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants (CPT), del 19 al 22 juny de 2012.
3. Informe al Govern espanyol sobre la visita a Espanya portada a terme pel Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants (CPT), del 31 de maig al 13 de juny de 2011.
4. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita a Espanya del 14 al 15 de gener de 2007.
5. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita a Espanya del 12 al 19 de desembre de 2005.
6. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes



Inhumanes o Degradants sobre la seva visita a Espanya del 22 de juliol a l'1 d'agost de 2003.

7. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita del 22 al 26 de juliol de 2001.
8. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita del 22 de novembre al 4 de desembre de 1998.
9. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita del 17 al 18 de gener de 1997.
10. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita del 21 al 28 d'abril de 1997.
11. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita del 10 al 14 de juny 1994.
12. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita del 10 al 22 d'abril de 1994.
13. Informe del Comitè europeu per la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants sobre la seva visita de l'1 al 12 d'abril de 1991.

D'acord amb els Estàndards del CPT, la propagació de malalties contagioses, en concret la tuberculosi, l'hepatitis i el VIH/sida a la presó, és un assumpte que preocupa seriosament al CPT a causa de les deficiències de les mesures adoptades en diversos països europeus per fer front a aquest problema. Tanmateix, aquest no és el cas d'Espanya perquè els darrers anys no hi ha hagut recomanacions rellevants respecte a les malalties infeccioses a la presó.

## V. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

### Conclusions

Els sistemes català i espanyol de salut estan ben considerats per la seva àmplia cobertura, però les tendències privatitzadores i la situació del territori després de la crisi econòmica ha suposat una reducció dels pressupostos que ha restringit l'accés a l'assistència sanitària de la població.

Els sistemes penitenciaris català i espanyol presenten una de les taxes de població més altes dels països europeus. Després de l'increment exponencial de la població penitenciària que va tenir lloc fins al 2009, avui dia el seu creixement s'ha estancat i fins i tot ha disminuït lleugerament en algunes àrees. Com a conseqüència de la crisi econòmica i les retallades pressupostàries, els darrers anys les condicions de vida a les presons catalanes ha empitjorat lleugerament.

Les taxes de prevalença de les malalties infeccioses (VIH, hepatitis i tuberculosi) a Catalunya i Espanya són més altes que les dels països del seu entorn. A les presons, tot i la davallada que s'ha produït els darrers anys, les taxes de prevalença encara són altes. En comparació amb la taxa de la població en general, la taxa de prevalença de malalties infeccions a les presons catalanes està sobrerepresentada<sup>16</sup>.

En termes generals, a Catalunya hi ha unes polítiques sanitàries en relació amb la detecció de malalties infeccioses a les presons adequades i, per tant, les taxes de detecció són altes. Avui dia, quan una persona ingressa a la presó se li ofereix realitzar una prova mèdica, anomenada "screening", per detectar una possible infecció per VIH, sida, hepatitis B i C o tuberculosi. Aquesta prova és voluntària. L'any 2014, aquesta prova es va realitzar al 92% de la població penitenciària catalana. Si el resultat de la prova és positiu, s'inicia el tractament i, si és negatiu, la prova es repeteix sis mesos més tard.

Podem trobar l'origen d'aquestes polítiques a la dècada de 1980, quan la gran majoria de la població penitenciària consumia drogues i hi havia una veritable epidèmia de la sida, el VIH i l'hepatitis que va causar un gran nombre de morts a la presó. Aquesta situació va obligar a l'administració penitenciària a desenvolupar, per raons de salut pública, sistemes de detecció, tractament i prevenció de les malalties infeccioses a la presó, fins i tot quan aquests no s'havien dut a terme a les societats espanyola i catalana. Això també ha garantit a les persones privades de llibertat l'accés als mateixos tractaments que la població en general.

Hi ha una gran quantitat de dades fiables i accessibles sobre malalties infeccioses a la presó, però aquestes no estan desagregades per gènere, edat ni nacionalitat.

---

<sup>16</sup> En concret, la prevalença de l'hepatitis C a les presons catalanes és 7'2 vegades més alta que a la població en general. La de la tuberculosi és 10 vegades més que a la població en general, la del VIH, entre 20 i 28 vegades superior que a la població general i la de la sida 23 vegades més.

El Servei de Salut Penitenciària va dependre del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya des dels anys vuitanta fins el 2014. El mes de novembre de 2014, Catalunya va transferir les competències respecte a l'atenció mèdica i sanitària als centres penitenciaris del Departament de Justícia al Departament de Salut. Per tant, l'actual sistema de salut de les presons està totalment integrat en el Sistema Català de Salut pública. Aquest canvi no només ha tingut conseqüències simbòliques, en el sentit de la prioritització de l'assistència sanitària davant de la seguretat, sinó també pràctiques. Els principals avantatges estan relacionats amb l'anomenat "continuum assistencial" i amb el tractament de les malalties comunes cròniques.

Els programes de reducció de danys han estat presents a la presó des dels anys vuitanta, quan una gran part dels interns eren drogodependents i la sida i altres infeccions relacionades amb el consum de drogues per via intravenosa es va estendre a les presons. El programa de reducció de danys més important va ser el tractament de l'addicció a les drogues amb metadona, combinat amb la prestació d'assistència mèdica, social i jurídica als consumidors de drogues. Inicialment, els treballadors de l'Administració i les presons van tenir dificultats per adaptar-se a l'enfocament sanitari preventiu dels programes de reducció de danys i alguns d'aquests actors, fins i tot van ser reticents a adoptar aquest tipus de programes, la qual cosa va dificultar la seva aplicació.

El Programa d'Intercanvi de Xeringues distribueix xeringues estèrils i altres elements necessaris per al consum segur de drogues per via parenteral. Aquest programa va arribar a les presons tard, més encara a Catalunya on es va haver de fer front a l'oposició dels sindicats de funcionaris penitenciaris, que opinaven que la presència de xeringues a les presons era perillosa. Finalment, aquest programa s'ha implementat però amb moltes dificultats per assegurar l'anonimat dels consumidors de drogues i respecte als materials proporcionats. Avui en dia el programa s'ofereix a totes les presons catalanes excepte al Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona on hi ha, principalment, interns preventius. Només el 5-6% dels consumidors de drogues per via intravenosa estan participant en el Programa d'Intercanvi de Xeringues.

Pel que fa als sistemes de control, els òrgans nacionals amb mandat de controlar els serveis sanitaris a les presons catalanes són el Síndic de Greuges, en qualitat de defensor del poble a Catalunya i de Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura i el Defensor del Pueblo com a Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura (espanyol). Els mecanismes de prevenció català i nacional (espanyol) utilitzen diferents metodologies per dur a terme les inspeccions dels llocs de detenció, però segueixen directrius similars pel que fa a les preguntes i inspeccions que realitzen a les visites. El seu personal té la capacitat de controlar i sol·licitar informació relativa a la salut i els drets humans, particularment sobre malalties infeccioses a les presons, però aquesta no es recull en els informes perquè aquest tema no s'acostuma a tenir en compte durant les seves visites d'inspecció, ja que hi ha una manca de recursos per controlar aquests temes tan específics. Ambdós mecanismes no comparen ni comparteixen la informació que recullen. Malgrat les bones intencions de les institucions, les ONG i les

associacions lamenten que aquests sistemes de control no són del tot independents i, pel que fa al MNPT, consideren que aquest no és tan efectiu, transparent ni ràpid a l'hora d'actuar com podria ser.

El Relator especial de les Nacions Unides sobre la tortura i el Comitè europeu per a la Prevenció de la Tortura i els Tractes o Penes Inhumanes o Degradants (CPT) del Consell d'Europa han visitat Espanya i Catalunya en diverses ocasions però no han dictat recomanacions rellevants respecte a les malalties infeccioses ni als serveis de reducció de danys de les presons.

## Recomanacions

Recomanem incrementar la inversió pública en els sistemes de salut pública, la qual cosa tindria un efecte positiu en les malalties infeccioses en general i a les presons en particular. Així mateix, les restriccions a l'accés a la salut pública d'immigrants sense permís de residència s'haurien d'eliminar.

Considerem que s'haurien d'incrementar esforços per tal de que gairebé el 100% de la població penitenciària es faci les proves de patologies víriques (VIH, hepatitis C, hepatitis B i tuberculosi). Les proves inicials i consecutives que s'ofereixen a les persones condemnades s'haurien d'oferir també a aquelles persones que estan en presó preventiva.

Pel que fa als programes de reducció de danys, considerem que les autoritats han de redoblar els esforços per prioritzar l'atenció sanitària més enllà de la seguretat. Tenim l'esperança que el canvi de departament responsable de l'atenció sanitària a les presons de Catalunya contribueixi a aquesta prioritització. A tals efectes, el Programa d'Intercanvi de Xeringues s'hauria d'oferir a totes les presons, incloent-hi els centres de detenció preventiva, i amb els mateixos materials que s'ofereixen a la comunitat en general (amb el bol inclòs). S'haurien de desenvolupar altres aspectes del programa relacionats amb l'anonimat i el fàcil accés a les xeringues i al kit per part de les persones privades de llibertat. L'èxit del programa s'aconseguirà quan gairebé el 100% dels interns consumidors de drogues per via intravenosa el segueixin.

Les dades sobre malalties infeccioses a la presó haurien d'estar desagregades per gènere, edat i nacionalitat.

El defensor del poble de Catalunya, el Síndic de Greuges, en qualitat de Mecanisme Català per a la Prevenció de la Tortura, i el *Defensor del Pueblo*, en qualitat de Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura, haurien de coordinar-se, cooperar, compartir informació i treballar conjuntament perquè els sistemes de control siguin més complets i estiguin més cohesionats. Cal desenvolupar mecanismes per controlar les malalties infeccioses a la presó. Els defensors del poble català i espanyol haurien de fer-los servir en les inspeccions als centres de detenció i privació de llibertat. Aquests mecanismes també haurien d'estar disponibles per als metges dels centres

penitenciaris, per tal que els tinguin en compte quan tracten els interns.

Les ONG i els grups de la societat civil que advoquen pels drets humans de les persones privades de llibertat han de tenir coneixement de l'existència d'aquests mecanismes per tal de poder exigir el seu ús a les autoritats i els organismes encarregats de supervisar les presons. Les ONG i la societat civil també han de tenir accés als centres de privació de llibertat per a promoure la seva correcta aplicació.

Finalment, seria de gran utilitat que els protocols sobre malalties infeccioses de les presons fossin implementats també a altres centres de detenció, especialment als Centres d'Internament d'Estrangers (CIE) on recentment van aparèixer alguns casos d'infecció de tuberculosi (concretament, al CIE de Barcelona l'any 2015). D'altra banda, en aquests centres també cal detectar i donar seguiment als interns portadors del VIH o que hagin desenvolupat la sida. En aquest sentit, l'any 2013, una dona congoleesa va morir al CIE de Madrid possiblement per deficiències sanitàries i ningú va informar als serveis mèdics del CIE que era portadora del VIH (aquest cas es troba actualment davant de les autoritats judicials).

## BIBLIOGRAFIA

- Agència de Salut Pública de Catalunya (2014) Central de Resultats. MONOGRÀFICS 8. La salut de la població de Catalunya en el context europeu. Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
- Brandariz García,J.A i David Castro Liñares (2014) "The 'Great Recession' and criminal justice: the value of scarcity?", The Howard League for Penal Reform. Working Paper 07/2014 ([http://www.howardleague.org/local\\_justice\\_working\\_papers/](http://www.howardleague.org/local_justice_working_papers/)).
- Brandariz García,J.A (2015) "La evolución del sistema penitenciario español, 1995-2014: La recepción de nuevos discursos en torno a la penalidad" a *Crítica Penal y Poder*, núm. 9
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT) (2014) Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Actualització a 30 de juny de 2014. Badalona: CEEISCAT; 2014
- ECAS (2015) INSOCAT núm. 5] Monogràfic CRISI, GÈNERE I POBRESA: [http://acciosocial.org/wp-content/uploads/2015/03/INSOCAT-5\\_Crisi-genero-pobresa\\_ECAS.pdf](http://acciosocial.org/wp-content/uploads/2015/03/INSOCAT-5_Crisi-genero-pobresa_ECAS.pdf)
- Forero, A. i Jimenez, D. (2014) La cárcel española en (la) crisis. Mano dura y escasez\_hacia la esquizofrenia punitiva?, in *Revista de derecho Penal y Criminología*, ISSN 0034-7914, Núm. 5, 2014, p. 27-52
- Freixes, T. i Lladós Vila: J. (2015). Study: The impact of the crisis on fundamental rights across Member States of the EU. Country Report on Espanya. <http://www.europarl.europa.eu/studies>
- García-Guerrero, J. et al. (2010). Estudio multicéntrico de prevalencia de infección tuberculosa latente en los internados en prisiones españolas. *Rev. esp. sanid. penit.* [online], vol.12, no.3, p.79-85.
- García-Guerrero, J., Vera-Remartínez, Enrique J. i Planelles Ramos, M.V. (2011) Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev. Esp. Salud Publica* [online], vol.85, no.3, p.245-255.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2009). Anàlisi de casos de d'Hepatitis C crònica tractats a Catalunya durant el període 2006-2008. *Butlletí epidemiològic de Catalunya*. Vol. XXX, maig 2009, n° 1.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2010). Anàlisi de casos de d'Hepatitis C crònica tractats a Catalunya durant el període 2009-2010. *Butlletí epidemiològic de Catalunya*. Vol. XXXI, desembre 2010, n° 12.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2014a). Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya, 2012. Resum de resultats. *Butlletí epidemiològic de Catalunya*. Vol. XXXV, maig 2014, n° 05.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2014b). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida i de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2013. *Butlletí epidemiològic de Catalunya*. Vol. XXXV, agost 2014, n° 08.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2014c). La tuberculosi a Catalunya l'any 2013. *Butlletí epidemiològic de Catalunya*. Vol. XXXV, setembre 2014, n° 09.
- Generalitat de Catalunya (2014). Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). [http://observatorisalut.gencat.cat/web/?content=minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori\\_efectes\\_crisi\\_salut\\_document.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/?content=minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf)
- Hernández-Fernández, T. i Arroyo-Cobo, J.M. (2010). Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Revista española de sanidad penitenciaria* [online], vol.12, no.3, p.86-90.
- Herraiz, F., Villamarín, F. i Chamarró, A. (2008). Correlatos psicosociales de la adhesión al tratamiento antirretroviral en el Centro Penitenciario de hombres de Barcelona. *Revista Española de sanidad penitenciaria* [online], vol.10, no.3, p.23-32.
- Major, X. i Guerrero, R. (2014). Epidemiologia: Situació de la infecció pel VHC i de la coinfecció del VIH amb el VHC a Catalunya en la població drogodependent. A: *Hepatitis C: Llibre de recomanacions sobre el tractament de l'Hepatitis C i de la coinfecció del VHC amb el VIH en pacients drogodependents*. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya: p. 26-30.
- Marco Mouriño, A. (2011). Evolución de la mortalidad en población reclusa tras la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). *Rev. Esp. Salud Publica* [online], vol.85, núm.3, p.233-236.
- Marco Mouriño, A. et al. (2010). Factores predictivos de cumplimiento del tratamiento de la hepatitis C crónica en personas drogodependientes de cuatro prisiones de Barcelona. *Rev. Esp. Salud Publica* [online], vol.84, núm.4, p.423-431.
- Marco Mouriño, A. et al. (2012). Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Revista española de sanidad penitenciaria*. [online], vol.14, núm.1, p.19-27.
- Solà, R., Cruz de Castro, E., Hombrados, M., Planas R., Coll, S., Jardí, R., Sunyer, J., Covas, M.I. i Marrugat, J. (2002). Prevalencia de las hepatitis B y C en diversas comarcas de Cataluña: estudio transversal. *Medicina Clínica*, Volum 119: 90-95
- Solé, N. et al. (2012) Prevalencia de infección tuberculosa latente en población inmigrante que ingresa en prisión. *Rev. esp. sanid. penit.* [online], vol.14, no.1, p.12-18.

## LLISTAT D'ABREVIATURES

<b>BEC</b>	Butlletí Epidemiològic de Catalunya
<b>CPHB</b>	Centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona
<b>DGSP/DJ/GC</b>	Direcció General de serveis penitenciaris/Departament de Justícia/ Generalitat de Catalunya.
<b>HCC</b>	Hepatitis C Crònica
<b>ICS</b>	Institut Català de la Salut
<b>IDESCAT</b>	Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya
<b>ITBL o ITL</b>	Infecció Tuberculosa Latent
<b>ITS</b>	Infeccions de Transmissió Sexual
<b>LOGP</b>	Llei Orgànica General Penitenciària
<b>MNPT</b>	Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura
<b>OMS</b>	Organització Mundial de la Salut
<b>PIX</b>	Programes d'Intercanvi de Xeringues
<b>RESP</b>	Revista Española de Sanidad Penitenciaria
<b>RD</b>	Reducció de Danys
<b>SIDA</b>	Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida
<b>TARGA</b>	Tractament Antiretroviral de Gran Activitat
<b>TB o TBC</b>	Tuberculosi activa o malaltia tuberculosa
<b>TM</b>	Tractament amb Metadona
<b>TBM</b>	Taxa bruta de mortalitat
<b>UDI</b>	Usuari o usuària de drogues injectables; ( també UDPV- Usuari o usuària de drogues per via parenteral)
<b>VHB</b>	Virus de l'hepatitis B
<b>VHC</b>	Virus de l'hepatitis C
<b>VIH</b>	Virus de la Immunodeficiència Humana

## ANNEXES

### ANNEX 1

**Taula 10: Població penitenciària d'acord amb diversos criteris: POP1: interns diferents que estan o han estat en un centre penitenciari al llarg de l'any; POP2: interns a 31 de desembre de cada any; POP3 mitjana anual d'interns calculada a partir del nombre de persones emprisonades el darrer dia de cada mes – Centres penitenciaris de Catalunya, 2003-2014**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>POP1</b>	12.689	13.463	13.549	14.070	15.017	16.308	17.209	17.888	17.876	17.575	16.755	15.961
<b>POP2</b>	7.416	8.094	8.305	8.970	9.395	10.051	10.525	10.520	10.513	10.062	9.818	9.294
<b>POP3</b>	7.246	7.867	8.271	8.820	9.283	9.792	10.352	10.741	10.702	10.348	10.009	9.734

Font: Elaboració pròpia. Dades: DGSP/DJ/GC.

POP 1: <[http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/1\\_Poblacio\\_penitenciaria/int\\_dif\\_hist.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_Poblacio_penitenciaria/int_dif_hist.htm)>

POP 2: <[http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/1\\_Poblacio\\_penitenciaria/1\\_hist.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_Poblacio_penitenciaria/1_hist.htm)>.

POP 3: <[http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/1\\_Poblacio\\_penitenciaria/1\\_mitjana.htm](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_Poblacio_penitenciaria/1_mitjana.htm)>



## ANNEX 2

**Taula 11: Característiques sociodemogràfiques i penal-penitenciàries d'una mostra de 79 interns amb VIH positius en tractament amb antiretrovirals ingressats al Centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona (CPHB), 2003-2005.**

	N (%)
<b>Nivel cultural</b>	
Primer nivel instrumental (analfabeto)	1 (1,3%)
Segundo nivel instrumental (neoelector)	11 (14,7%)
Tercer nivel instrumental (certificado)	15 (20%)
Primer nivel graduado (secundaria primer grado)	32 (42,7%)
Segundo nivel post-graduado (secundaria segundo grado)	15 (20%)
Acceso mayores 25 años	1 (1,3%)
<b>Estado civil</b>	
Soltero	46 (61,3%)
Casado/pareja	15 (20%)
Divorciado/separado	14 (18,7%)
<b>Actividades en el centro</b>	
Si	33 (44%)
No	42 (56%)
<b>Situación penal</b>	
Penados	65 (86,7%)
Preventivos	8 (10,7%)
Penado + preventiva	2 (2,6%)
<b>Reincidencia penitenciaria</b>	
Si	71 (94,7%)
No	4 (5,3%)
<b>Régimen de vida</b>	
Ordinario (Segundo grado)	73 (97,3%)
Cerrado (Primer grado)	2 (2,7%)
<b>Tipología delictiva principal</b>	
Robo	49 (66,2%)
Contra la salud pública	8 (10,8%)
Homicidio	5 (6,8%)
Robo con intimidación/violencia	4 (5,4%)
Lesiones	4 (5,4%)
Otros (Hurto, violencia doméstica, falsificación...)	4 (5,4%)
	<b>Media (DS)</b>
<b>Edad</b> (años)	36,4 (5,31)
<b>Condena</b> (días)	1948 (1766,38)
<b>Delitos</b>	2,25 (2,51)

Font: Herraiz, Villamarín & Chamorro, 2008

## ANNEX 3

**Taula 12: Característiques clíniques, del tractament i psicosocials d'una mostra de 79 interns amb VIH positius en tractament amb antiretrovirals ingressats al Centre Penitenciari d'Hommes de Barcelona (CPHB), 2003-2005.**

	N (%)
<b>Vía de transmissió</b>	
Contacto heterosexual	15 (23,4%)
Usuario de drogas por vía parenteral	47 (73,4 %)
No sabe	2 (3,2%)
<b>Estado enfermedad</b>	
Sida	24 (32%)
No Sida	50(66,7%)
<b>Tratamiento previo</b>	
Si (no naive)	57 (79,2%)
No (naive)	15 (20,8 %)
<b>Razones interrupción/cambio de tratamiento antirretroviral</b>	
Efectos secundarios medicación	26 (40%)
No mejora	1 (1,5%)
Complejidad tratamiento	5 (7,7%)
Descenso CD4	6 (9,2%)
Recaída en el consumo de drogas	3 (4,6%)
Depresión	2 (3,1%)
Enfermedad	6 (9,2%)
Aumento de carga viral	3 (4,6%)
Olvido	1 (1,5%)
Otros	12 (18,6%)
<b>Ingesta otro tipo de medicación</b>	
Psicotrópicos	28 (49,1%)
General	16 (28,1%)
Psicotrópicos + general	13 (22,8%)
	Media (DS)
<b>Tiempo transcurrido desde el diagnóstico (meses)</b>	149 (66,07)
<b>Nº de pastillas de antirretrovirales prescritas al día</b>	4,67 (2,67)
<b>Variables psicosociales</b>	
Apoyo social	5,07 (3,32)
Cuidados personal médico y sanitario	5,15 (1,87)
Barreras percibidas para seguir el tratamiento	2,16 (1,06)
Beneficios del tratamiento	14,58 (3,81)
Severidad enfermedad	2,04 (1,11)
Norma subjetiva	4,60 (2,44)
Autoeficacia manejo medicación	7,16 (1,92)
Autoeficacia comunicación	6,51 (2,52)
Estado de ánimo	107,88 (9,69)

Font: Herraiz, Villamarín & Chamorro, 2008

## ANNEX 4

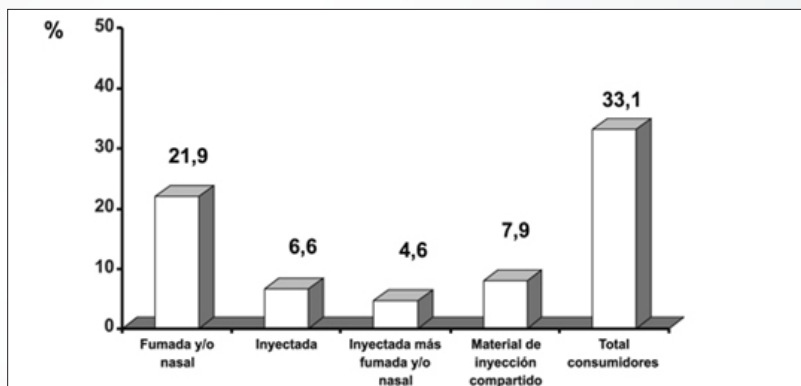
Taula 13: Característiques dels presos/es usuaris de drogues amb HCC – Catalunya, quatre presons, 2003-2007.

Variable		N	(%)
Sexo	Hombre	158	97,5
	Mujer	4	2,5
UDI	Sí	134	82,7
	No	28	17,3
Espanoles	Sí	155	95,7
	No	7	4,3
Estudios básicos completados	Sí	128	79
	No	34	21
Ingresos en prisión; n	1	14	8,6
	>1	138	91,4
HIV coinfección	Sí	35	21,6
	No	127	78,4
Genotipo 1 ó 4	Sí	80	49,4
	No	82	50,1
RNA viral basal $\geq$ 500.000 IU	Sí	116	71,6
	No	46	28,4
Duración del tratamiento	24 semanas	65	40,1
	48 semanas	97	59,9

Font: Marco Mouriño et al. (2010, 424)

## ANNEX 5

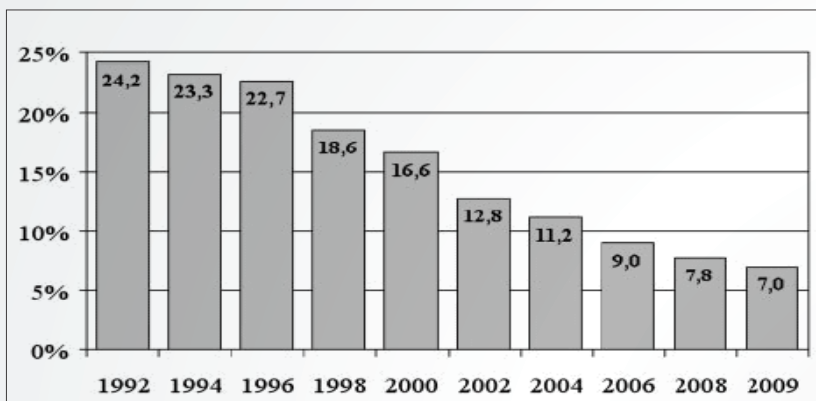
Gràfic 7: Proporción de presos/es usuaris de drogues amb HCC d'acord amb la forma de consum i ús de material d'injecció compartit – Catalunya, quatre presons, 2003-2007.



Font: Marco Mouriño et al. (2010, p 429)

## ANNEX 6

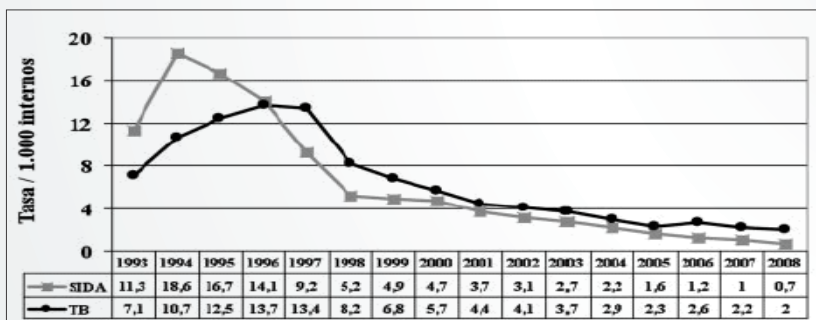
Gràfic 8: Prevalença de la infecció per VIH entre els presos/es per anys- Espanya (excepte Catalunya), 1992-2009.



Font: Hernández & Arroyo (2010, 42)

## ANNEX 7

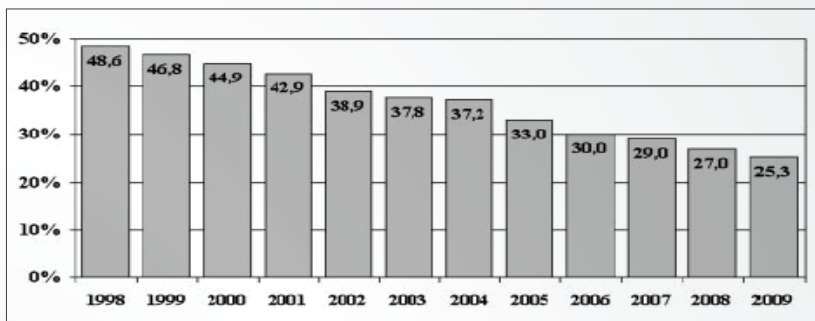
Gràfic 9: Sèrie Temporal sobre la incidència de la sida i la tuberculosi en la població penitenciària - Espanya (excepte Catalunya), 1992-2008.



Font: Hernández & Arroyo (2010)

## ANNEX 8

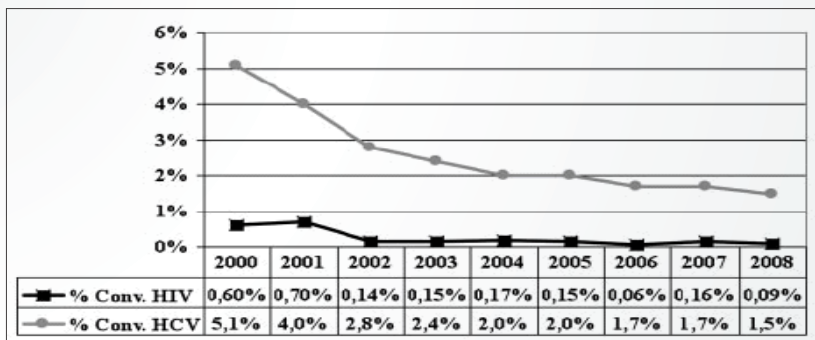
Gràfic 10: Prevalença del VHC entre presos/es per any- Espanya (excepte Catalunya), 1992-2009.



Font: Hernández i Arroyo (2010, 43)

## ANNEX 9

Gràfic 11: Incidència d'infeccions d'VIH i VHC transmeses a la presó (seroconversió) - Espanya (excepte Catalunya), 2000-2008.



Font: Hernández i Arroyo (2010,43)

**OSPDH**  
Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans  
(Universitat de Barcelona)  
Av. Diagonal 684  
08034-Barcelona

**Informe elaborat per l'OSPDH,  
Observatori del Sistema Penal i Drets Humans  
(Universitat de Barcelona)**



Aquest projecte està cofinançat  
per la **Unió Europea**