

Vacunas y prisión. Retrato de una sociedad en pandemia. Por Maribel Valiente.

En los últimos meses, las noticias sobre las diferentes vacunas desarrolladas contra la Covid19, el número de dosis administradas o las novedades del plan de vacunación han ocupado una parte importante de la atención mediática y las conversaciones cotidianas. Las vacunas se han configurado como la primera buena noticia desde el inicio de la pandemia y constituyen el gran ejemplo de recurso sanitario escaso a distribuir en situación de emergencia entre toda la población. Por tanto, analizar cómo se ha diseñado la estrategia de vacunación nos permite dibujar un boceto aproximado sobre los principios éticos y políticos que rigen la toma de decisiones en nuestra sociedad.

Javier Segura desglosaba en un artículo reciente los criterios epidemiológicos de priorización aplicados finalmente en el plan de vacunación y cómo los prometedores análisis iniciales por parte del Ministerio de Sanidad haciendo referencia a la importancia de los determinantes sociales de la salud, la vulnerabilidad socioeconómica y el valor de las profesiones esenciales al inicio de la pandemia rápidamente han quedado relegados por una estrategia simplista que reduce lo previo a criterios de edad, comorbilidad y grupos profesionales determinados. Según Javier Segura “las desigualdades sociales en salud quedan en el cajón de los principios y enunciados introductorios, pero no son consideradas a la hora de la acción”. Algunos ejemplos de colectivos perjudicados han sido las cuidadoras de personas dependientes, los inmigrantes ancianos reagrupados por sus hijos en España sin derecho a la asistencia sanitaria o las personas presas. Para profundizar en este último ejemplo empezaremos dirigiendo la mirada

hacia uno de los lugares donde la vacunación no llega pese a la evidencia disponible sobre la necesidad de la misma: los centros penitenciarios.

La población presa en las publicaciones oficiales sobre vacunación.

En el documento *Equidad en Salud y COVID-19* publicado por el Ministerio de Sanidad aparece recogido que “las instituciones penitenciarias presentan características específicas que pueden suponer mayor vulnerabilidad epidemiológica”. En el análisis realizado describen “la dificultad de mantener la distancia física de seguridad debido a las condiciones en los centros penitenciarios”, “el miedo al aislamiento social como riesgo de notificar menos los síntomas” y la necesidad de “garantizar una capacidad suficiente de recursos humanos y materiales en los servicios de Salud Pública, Atención Primaria (incluyendo Trabajo Social), Servicios Sociales y Sanidad Penitenciaria” así como de “disponer de instalaciones sanitarias para el aislamiento y cuarentena en los centros penitenciarios (no celdas)”.

En el primer documento *Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España* se desarrolla un marco ético para la evaluación de la prioridad en los distintos grupos. Algunos de los principios descritos son la igualdad en dignidad y derechos, la necesidad, la equidad, la protección de las personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad, la participación, la educación e información, la transparencia y la rendición de cuentas. La estrategia termina añadiendo que “además de atenderse a los principios descritos, la toma de decisiones para la priorización debe basarse fundamentalmente en la evidencia científica”. A continuación se establecen los cuatro criterios de riesgo que se aplicarán a cada grupo con el propósito de clasificar el

grado de prioridad dentro de la estrategia de vacunación. Esos criterios son el riesgo de morbilidad grave y mortalidad, la exposición a la Covid-19, el impacto social o económico negativo que tendría en un colectivo concreto y el mayor riesgo de transmitir la infección a otras personas. De acuerdo con estos criterios, la población penitenciaria pertenece al grupo de “Personas que viven en entornos cerrados” con riesgo de gravedad *medio* –que si atendemos a criterios como la edad superior a 65 años o las condiciones de riesgo asciende a riesgo *alto/muy alto*–, riesgo de exposición e impacto *medio* y riesgo de transmisión *alto*. Si sumamos la vulnerabilidad socioeconómica de la mayoría de las personas presas, el riesgo en las cuatro categorías ascendería a *alto*.

Sin embargo, esta declaración de intenciones ha ido difuminándose en las sucesivas publicaciones y planes de acción, tanto del Ministerio de Sanidad como de las Comunidades Autónomas con las competencias transferidas en materia de sanidad penitenciaria (con la excepción de Cataluña, de la que hablaremos más adelante). Un ejemplo de la aplicación selectiva de este documento es que los funcionarios de Instituciones Penitenciarias, perteneciendo al mismo grupo que la población penitenciaria (“Personas que trabajan en entornos cerrados”) y con menos criterios de riesgo por edad y comorbilidad, ya han sido vacunados. Esto constituye sin duda una buena noticia, aunque insuficiente y desigual para el objetivo propuesto.

El 26 de febrero numerosos medios de comunicación recogían un extracto de la cuarta y última actualización de la estrategia de vacunación publicada por el Ministerio de Sanidad hasta la fecha. El fragmento en cuestión advertía que **“la población penitenciaria se vacunará más adelante en función de disponibilidad de vacunas y con independencia de criterios etarios”**. Esta misma frase se puede encontrar replicada en los documentos de estrategia de vacunación de

diferentes Comunidades Autónomas como Andalucía o País Vasco. Sin embargo, por alguna extraña razón la cuarta estrategia de vacunación del Ministerio recoge en su versión actual que “la población penitenciaria se vacunará tras los grupos esenciales”.

Un manifiesto respaldado por varias sociedades científicas y civiles del País Vasco denuncia la “desaparición” de la población presa en la actualización realizada 24 horas después del documento publicado el martes 9 de marzo por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. El texto incide en la importancia de vacunar a las personas presas por varios motivos: el riesgo de residir en una institución cerrada, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y los graves efectos sobre la salud física y mental que han tenido las exigentes medidas de restricción para evitar la transmisión del virus dentro de prisión.

El virus dentro de prisión.

La cárcel es una muestra de la desigualdad social. Algunos estudios señalan que la cifra de mujeres gitanas presas es casi veinte veces mayor que su presencia en la sociedad y algo similar ocurre con la población migrante, con una tasa de encarcelamiento de 395 personas por cada 100.000 habitantes, casi cuatro veces mayor que en la población general. Esta desigualdad también se traduce en un peor estado de salud con menor esperanza de vida; mayor prevalencia de tuberculosis, VIH y hepatitis; enfermedades cardiovasculares y diabetes peor controladas; personas mayores con enfermedades terminales privadas de libertad; problemas de salud mental, consumo de drogas y muertes por sobredosis y mayor prevalencia de suicidios son solo algunos ejemplos. Además, las condiciones de algunas prisiones con problemas de limpieza, sobrepoblación, hacinamiento, escasa ventilación, humedades y falta de mantenimiento de las

instalaciones configuran las cárceles como un lugar de riesgo para adquirir la infección por Covid-19.

La evolución de la Covid-19 en las prisiones dependientes de la Administración General del Estado ha sido variable. Según los datos de Instituciones Penitenciarias, durante el primer estado de alarma –desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio de 2020– hubo una incidencia acumulada de 85 positivos y 2 fallecidos entre la población privada de libertad. Estas cifras se explican en parte por la adopción de medidas muy restrictivas para impedir la transmisión del virus dentro de prisión, como la suspensión de los talleres y las actividades, la suspensión de todas las comunicaciones con familiares (incluidas aquellas a través de locutorios con mampara mediante) y el aislamiento durante 14 días en celda cerrada. No debemos olvidar que el aislamiento durante más de 15 días está considerado tortura según las Reglas Nelson Mandela y sus efectos sobre la salud han sido ampliamente estudiados, entre los que se encuentran la ansiedad, la depresión, la psicosis, el aumento del riesgo de suicidio, la disminución de la esperanza de vida o el síndrome de estrés pos-traumático. Pese al mantenimiento de parte de las medidas de restricción, desde el mes de junio hasta el 31 de diciembre se sumaron 730 nuevos positivos y desde el 1 de enero hasta 25 de marzo de este año, en tan sólo tres meses y con varios brotes en diferentes prisiones, se han producido 1.172 nuevos positivos con 5 personas presas fallecidas.

Las condiciones de vida dentro de prisión tienen algunas particularidades respecto a las medidas preventivas y el confinamiento como el acceso limitado al agua y jabón, al desinfectante de manos y a las mascarillas (en algunos casos las familias han sido las principales proveedoras); la imposibilidad de distanciarse físicamente y el uso compartido de instalaciones como el comedor y los baños; el acceso deficiente en algunas prisiones a la atención

sanitaria debido a la falta de personal o la distancia con los seres queridos son algunas de ellas. La suspensión de las comunicaciones se ha intentado compensar con un mayor número de llamadas telefónicas y vídeo-llamadas, medida que ha comenzado a implantarse pero que no ha llegado por igual a todos los centros penitenciarios. Si al resto de la población nos ha resultado difícil los meses de confinamiento, para las personas presas el impacto ha sido mucho mayor. De hecho, en una revisión reciente sobre las medidas de salud pública adoptadas en las epidemias dentro de prisión se aconseja valorar, además de los beneficios potenciales, las consecuencias negativas de las medidas restrictivas para controlar epidemias sobre la salud mental de las personas presas.

Para dar respuesta a parte de esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente la actualización de su guía *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*. En cuanto a la vacunación en el ámbito penitenciario, la OMS señala que “en las prisiones se debe seguir el principio de equivalencia. Según las Reglas Nelson Mandela, para poner en práctica el principio de no discriminación las administraciones penitenciarias deben tener en cuenta las necesidades individuales de las personas encarceladas, en particular las más vulnerables.[...] Además, la prestación de asistencia sanitaria a los reclusos es responsabilidad del Estado; por lo tanto, deben disfrutar de los mismos niveles de asistencia sanitaria que se ofrecen en la comunidad y tener acceso a los servicios de asistencia sanitaria necesarios de forma gratuita, sin discriminación por razón de su situación jurídica. Esto implica que los principios destacados en las estrategias para priorizar los grupos de población para las vacunas contra el COVID-19 deben aplicarse igualmente en los entornos de detención”.

Sobre la aplicación de estas recomendaciones, en el artículo

Las prisiones deben ser incluidas en las estrategias de vacunación globales y nacionales contra el Covid19 publicado en la revista *The Lancet* se alerta sobre la variabilidad de implementación y la escasa disponibilidad de datos sobre las estrategias de vacunación dentro de prisión en diferentes países. Por ejemplo, en Suecia cada región ha adoptado unos criterios; en Alemania no se hace mención a la población penitenciaria en su plan de vacunación, dejando la elección en manos de las distintas regiones y municipios; en Australia la población penitenciaria ha sido incluida en los grupos de alta prioridad para la vacunación y lo mismo ha sucedido en Rusia e Israel. Ante esta divergencia de criterios, los autores del artículo insisten en que “a escala global, un manejo efectivo de la Covid19 en los espacios de detención es clave para detener la transmisión del virus. Las personas presas son más vulnerables a formas graves de la Covid19 por sus patologías previas y tienen mayor riesgo de transmisión del virus [...]. Además, la transición de parte de la población penitenciaria entre la comunidad y la prisión, así como el personal que entra y sale a diario de las instalaciones, conlleva un mayor riesgo de que el virus entre en la cárcel y se extienda a las comunidades, lo que exige medidas de prevención específicas. Los centros penitenciarios deben incluirse en los planes de vacunación globales y nacionales, y no hacerlo no sólo violará las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), sino que también impedirá detener la transmisión del virus”.

Para terminar, Arthur Caplan, Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina Grossman de la Universidad de Nueva York, cree que, desde el punto de vista de los derechos humanos es esencial que no se deje de vacunar a las personas privadas de libertad y no está de acuerdo con la vacunación exclusiva del personal penitenciario. Advierte que «si [las personas presas] están en riesgo y son mayores o están más enfermos, deberían vacunarse. Si están en unas condiciones

que no les permiten aislarse, deberían vacunarse. No veo ninguna razón para distinguir».

Algunas reflexiones sobre el problema.

La primera pregunta que debemos hacernos es por qué no se ha vacunado a la población penitenciaria que cumple los criterios de edad del mismo modo que la población general. Según las estadísticas de Instituciones Penitenciarias, en enero de 2021 había 2.506 personas mayores de 60 años privadas de libertad, de las cuales algunas superan los 75 y 80 años. De hecho, según el último anuario estadístico del Consejo de Europa (CoE), España es el quinto país del continente europeo con el mayor número de personas de más de 65 años privadas de libertad. En contra de lo establecido por el Comité de Bioética del CoE en su *Declaración de principios sobre las consideraciones de derechos humanos relevantes para la pandemia de COVID-19*, el principio de necesidad e igualdad en dignidad y derechos así como el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones no ha conseguido traspasar los muros de las cárceles españolas. Sin embargo, este hecho no es exclusivo de la vacunación. Las competencias en sanidad no están transferidas a las comunidades autónomas (con excepción de Cataluña y País Vasco) pese a que la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud otorgaba 18 meses de plazo para realizar dicha transferencia. Las consecuencias son numerosas: falta de coordinación entre la sanidad penitenciaria y la atención hospitalaria, retraso en la atención sanitaria y potenciales conflictos de interés al depender el personal sanitario del mismo organismo que opera dentro de prisión, el Ministerio de Interior. Además, la sobrecarga de la sanidad penitenciaria ya existente se ha reagudizado: hay 200 puestos de trabajo sin cubrir (un 40% del total) y algunas prisiones llevan meses sin médico. En la última convocatoria de plazas publicada para acceder al

Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria ya no es necesario disponer de la titulación de especialista lo que implica una merma en la calidad de la atención y una vulneración más al derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones.

En las cárceles de Cataluña (con las competencias en Sanidad transferidas), 694 internos y 519 funcionarios han dado positivo desde el inicio de la pandemia. Debido al alto riesgo de que un positivo desencadene un brote, como el de la cárcel de Quatre Camins, se inició un programa de vacunación masiva a principios de marzo. Administraron la vacuna de AstraZeneca a las personas presas de entre 18 y 55 años (92% de la población privada de libertad) y la de Pfizer para la minoría mayor de 80 años. Pese al avance que supone respecto al resto del Estado, queda la incógnita sobre cuándo se iniciará la vacunación de la población entre 55 y 80 años, con mayor riesgo por edad y enfermedades crónicas.

Si además atendemos al principio de equidad (es decir, priorizar el acceso a la vacuna en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad, socialmente desfavorecidos, con mayores factores de riesgo y con riesgo de sufrir peores consecuencias por la pandemia) y al principio de protección de personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad (no olvidemos que la prevalencia de diagnósticos que conforman el Trastorno Mental Grave dentro de prisión es de un 10% según el estudio PRECA realizado en 2011), la Estrategia de Vacunación actual del Ministerio de Sanidad vulnera todos los principios expuestos en sus inicios.

No debemos olvidar que, aparte de la vacunación, hay otras estrategias necesarias para mejorar la salud de las personas presas. Algunas de ellas serían recuperar el contacto presencial con los familiares o garantizar el contacto telemático gratuito; realizar repartos diarios de mascarillas; transferir las competencias en materia de

sanidad penitenciaria y reforzar los servicios sanitarios; así como la excarcelación de aquellas personas que se encuentran en una situación de especial de vulnerabilidad (mayores de 70 años, embarazadas, inmunodeprimidos y personas con hijos dependientes a su cargo), tal y como han solicitado el Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa, la Organización Mundial de la Salud y la Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Las vidas sobrantes.

No importa cuántos documentos se dediquen a informar sobre los principios éticos que guían las decisiones si en el momento de actuar éstos pueden omitirse con elegancia, sin explicación y sin rendición de cuentas. La frase es lapidaria: “la población penitenciaria se vacunará más adelante en función de disponibilidad de vacunas y con independencia de criterios etarios”. Dicho de otra manera, la población presa se vacunará no sabemos cuándo –porque no entran dentro de un plan de vacunación reglado–, solo si han sobrado vacunas –porque pese a toda la evidencia disponible y las recomendaciones de organismos internacionales, ocupan el último lugar– y al margen del principal criterio que ha regido el plan de vacunación estatal –la edad–, porque ahí es donde residen, en los márgenes. Pero no se trata sólo de una cuestión de principios; constituye una vulneración del derecho a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de la población. Constituye, además, una decisión contra toda la evidencia científica, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los datos epidemiológicos disponibles en nuestro país sobre los brotes dentro de prisión. En definitiva, una decisión carente de ética, legalidad y respaldo científico que retrata, una vez más, a una sociedad donde las vidas sobrantes no tienen cabida.

Maribel Valiente González, residente de Medicina Familiar y Comunitaria y miembro del área de cárceles de APDHA.