

# JORNADAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS

*\* Aspectos jurídico-penales  
de las drogodependencias*

---

*\* SIDA y drogodependencias*



AJUNTAMENT DE VALENCIA  
CONCEJALIA DE SALUD Y CONSUMO



PROGRAMA MUNICIPAL DE  
DROGODEPENDENCIAS

# JORNADAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS

\* *Aspectos jurídico-penales  
de las drogodependencias*

\* *SIDA y drogodependencias*

COORDINAN

DR. D. FRANCISCO J. BUENO CAÑIGRAL  
DR. D. JUAN JOSE VILATA CORELL



REVISTA ESPAÑOLA  
DE  
DROGODEPENDENCIAS

CENTRO DE DOCUMENTACION  
Apartado 477 • 46080 VALENCIA

*Valencia, 16 y 17 de diciembre de 1992*

*Aspectos jurídico-penales  
de las drogodependencias*

Sala A. Palau de la Música.  
Valencia

*Valencia, 16 de diciembre de 1992*

## PROGRAMA

17'00 h. **Inscripción. Entrega de documentación.**

17'45 h. **Apertura.**

**Ilmo. Sr. D. Vicente Martínez Marco.**

*Concejal Delegado de Salud y Consumo.  
Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Valencia.*

**Ilmo. Sr. D. Társilo Piles Guaita.**

*Concejal Delegado de Gobierno Interior y Personal.  
Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Valencia.*

18'00 h. **Aspectos de la investigación para la represión de las drogas.**

**Ilmo. Sr. D. Luis Alfonso Sanz Marqués.**

*Fiscal Antidroga de la Comunidad Valenciana.*

18'30 h. **Garantías constitucionales.**

**D. Virgilio Latorre Latorre.**

*Profesor de Derecho Penal. Facultad de Derecho. Universidad de Valencia.*

19'00 h. **Política criminal en materia de drogas.**

**Ilmo. Sr. D. Baltasar Garzón Real.**

*Magistrado-Juez. Juzgado Central Cinco. Audiencia Nacional. Madrid.*

19'30 h. **Coloquio.**

20'00 h. **Clausura.**

**Excma. Sra. D.ª Rita Barberá Nolla.**

*Alcaldesa de Valencia.*

## Apertura

El Ayuntamiento de nuestra ciudad, a través de la Concejalía de Salud y Consumo, ha organizado las presentes Jornadas sobre Drogodependencias, con dos temas de interesante actualidad como son los Aspectos Jurídico-Penales de las Drogodependencias y el SIDA y las Drogodependencias, conscientes de que las drogas en este momento son un problema de salud pública, pero no exclusivamente, pues las drogas constituyen también un problema económico, social, jurídico, penal, laboral, educativo y sanitario.

Es tarea de todas las administraciones públicas (local, provincial, autonómica y estatal) formar e informar a todos los ciudadanos del significado actual de las drogas en nuestra sociedad, así como de coordinar todos los recursos existentes para paliar los problemas que conllevan las drogodependencias.

Es fundamental dar a conocer a la sociedad la verdad de lo que son y de los riesgos que conllevan las drogodependencias, formando además a todos los profesionales que trabajan en los diferentes aspectos de las droga dependencias para que cumplan sus tareas con eficacia, con el objetivo de sensibilizar a todos ante los problemas que acarrear las drogas.

El Programa Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia desarrolla todos los aspectos fundamentales dentro de la atención a los drogodependientes, como son la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la reinserción social. Conscientes de que la administración local juega un papel fundamental para sensibilizar a la población de los peligros de las drogas, ocupando además el marco adecuado para la correcta asistencia y rehabilitación integral, pulsando además los problemas de salud y necesidades sociales, ofertando cada día mayores recursos humanos y materiales, potenciando las actividades interáreas para dar mayores y mejores servicios a los ciudadanos, que es, en definitiva, nuestra razón de ser.

Gracias a todos por su asistencia.

VICENTE MARTINEZ MARCO  
*Concejal de Salud y Consumo*  
*Teniente de Alcalde*

No hay más que atender diariamente a los medios de comunicación para comprender que en este momento el problema social más importante en nuestra sociedad es la drogadicción.

Se considera que el tráfico y consumo de drogas ilegales en el mundo, mueve anualmente unos treinta billones de pesetas, lo que significa varias veces el presupuesto nacional anual de muchos países.

Ante esta magnitud económica, entenderemos que las drogas, constituyen un mundo complejo de intereses, que está causando graves problemas en todas las estructuras sociales, afectando a gran número de ciudadanos.

Unión Valenciana, que estaba trabajando sobre este tema, estando muy preocupada por el problema de las repercusiones sociales de las drogas, a través de la **Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia**, encargó un estudio epidemiológico de drogas en la ciudad de Valencia, cuyos resultados son elocuentes.

En nuestra ciudad, en personas mayores de 15 años y al margen del consumo de productos farmacéuticos:

El 21'5070 de la población ha consumido cannabis.

El 8'6070 de la población ha consumido cocaína.

El 2'0070 de la población ha consumido heroína.

La opinión de la sociedad de la ciudad de Valencia manifiesta que es la «represión de los traficantes» la medida más importante a tomar para luchar contra la droga, seguida de la «educación en las escuelas» y la «realización de campañas que informen a todos los ciudadanos» sobre las consecuencias del tráfico y consumo de drogas.

Conscientes de esta realidad social, la **Concejalía de Salud y Consumo**, dentro del **Programa Municipal de Drogodependencias**, ha organizado esta **Jornada sobre Aspectos Jurídico-Penales de las Drogodependencias**.

Tema de importante actualidad, pues interesa conocer y profundizar sobre las competencias y mecanismos del Estado en materia de drogas, haciendo especial referencia a la prevención y represión del tráfico de drogas.

Es de todos conocido que el problema de la vigilancia y represión del tráfico de drogas no sólo es tarea nacional, sino fundamentalmente nacional e internacional.

Debemos destacar la buena labor de la Policía Local de Valencia, a través de la Unidad Sigma y en coordinación con las fuerzas de seguridad del Estado.

También interesa saber cuáles son los mecanismos de investigación e instrucción de sumarios sobre las drogas.

Todas estas actividades preventivas, investigadoras, de vigilancia y represivas, encuadradas dentro del marco constitucional y pensando que la responsabilidad última del consumo corresponde a cada ciudadano en particular, son las que se van a debatir esta tarde.

Debemos añadir que se está debatiendo en el Congreso de los Diputados el proyecto de Ley de Reforma del Código Penal, al que Unión Valenciana presentó enmiendas, y como el plazo de presentación de enmiendas al articulado se ha prorrogado hasta el día 20 de enero de 1993, Unión Valenciana seguirá presentando enmiendas que mejoren o complementen el articulado e incrementen las medidas que contribuyan a la represión de los traficantes de drogas.

Son, por tanto, los Aspectos Jurídico-Penales de las Drogodependencias muy importantes, estando seguros que esta Jornada será de gran utilidad para todos.

### Agradezco la participación de:

Don Luis Alfonso Sanz Marqués.

*Fiscal Antidroga de la Comunidad Valenciana*, que nos hablará sobre los «Aspectos de la investigación para la represión de drogas».

Don Virgilio Latorre Latorre.

*Profesor de Derecho Penal, Facultad de Derecho, Universidad de Valencia*, que nos hablará sobre las «Garantías constitucionales».

### Disculpar la ausencia de:

Don Baltasar Garzón Real.

*Magistrado-Juez de la Audiencia Nacional*, que ha mantenido el compromiso de asistir a estas Jornadas hasta última hora de la mañana de hoy, pero que las tareas que se están llevando a cabo en el Juzgado Central Cinco de la Audiencia Nacional le impiden estar con nosotros.

Muchas gracias a todos por su participación.

Quedan inauguradas las Jornadas sobre Drogodependencias.

TARSILO PILES GUAITA  
*Concejal de Gobierno Interior y Personal*  
*Teniente de Alcalde*

## Aspectos de la investigación para la represión de las drogas

Dividiré la exposición en dos partes: una donde se trate de lo que es propiamente la investigación y otra sobre la prevención.

La razón de ocuparme del tema de la prevención es por considerar que en esta dirección es por donde deben buscarse las soluciones a este problema.

### 1. Investigación

Se hace interesante la explicación sobre los métodos de la investigación en el tráfico de drogas, pues la realidad es muy diferente a los planteamientos que en general se tienen sobre la materia.

El primer presupuesto a resaltar, por ser la base y guía en toda investigación, es el PRINCIPIO DE LEGALIDAD.

El respeto a la legalidad vigente es el norte y guía en toda investigación, cualquier desviación al máximo respeto a la Ley no sólo no se excluye, sino que es objeto de persecución y castigo.

La existencia de algún caso en que se haya vulnerado la legalidad para nada desdice el buen hacer de los profesionales que a esta labor se dedican, y únicamente viene a confirmar la excepción que confirma la regla. Por otro lado, la persecución y castigo de tales actuaciones vienen a demostrar el absoluto respeto de la legalidad por parte de todos los estamentos.

En lo que hace referencia propiamente a la investigación, el primer punto hace referencia al inicio de la misma: la información.

El origen de esta información es algo que en el tópico popular tiene unos orígenes turbios o extraños y, desde luego, rozando con la ilegalidad. Nada más incierto ni que se ajuste menos a la realidad.

Los canales de información tienen dos orígenes: el internacional y el nacional. A nivel internacional la información en materia de drogas fluye perfectamente. Los organismos

internacionales INTERPOL o, a nivel de USA, la DEA, tienen unos cauces de información que son constantemente suministrados a todos los países.

A nivel nacional los servicios centrales de policía y Guardia Civil suministran información a todo el territorio nacional. Por otro lado, las distintas comisarías y comandancias se transmiten información en todo el territorio nacional.

La ausencia de información no es real, sino todo lo contrario.

Pero esto es sólo el principio, la base para desarrollar toda una labor.

El secreto del éxito en esta materia es algo más sencillo de lo que se puede imaginar y de lo que normalmente se supone, es TRABAJO, TRABAJO Y TRABAJO.

La ausencia de medios se compensa con voluntad, sin horarios, sin días festivos; cuando hace falta, a base de trabajo.

Pero esta actuación normalmente no es valorada; la sociedad sólo tiene en cuenta los éxitos, los resultados, pero eso no significa que los 365 días del año no se trabaje.

Sucede a veces que un trabajo arduo de mucho tiempo no se ve recompensado al final con el éxito; la suerte también juega a veces, aunque se haga bien, y todo ello queda en el olvido.

La valoración de la información es el paso previo al trabajo de investigación. Esta consiste en seguimientos, vigilancias, averiguaciones de medios de vida, relaciones con personas del mundo de la droga, etc., hasta el aseguramiento para proceder a las detenciones y comiso de la droga y efectos procedentes del tráfico.

La filosofía en este trabajo es importante; no se trata de la interceptación y comiso de la droga, lo cual es la parte más sencilla, dentro de las dificultades, sino de la desarticulación de las bandas o grupos organizados.

Esto es lo que es realmente efectivo; el comiso de la sustancia es importante, pero mucho más lo es el evitar que una organización se establezca, cree unas infraestructuras y comience a actuar; una vez creada esta base de trabajo es más difícil destruirla y lograr su desarraigo.

Con esta filosofía se trabaja en la represión del tráfico de drogas, y por lo que respecta a Valencia no podemos por menos de afirmar, ya los hechos nos remitimos, su eficacia y buen hacer en las Fuerzas de Seguridad del Estado encargadas de la represión del tráfico ilícito de drogas.

## 2. Prevención

Hacia referencia, al comienzo de la exposición, de la importancia de la misma en este tema. Quiero ahora profundizar en ello.

Existe, con sentido general, casi, la idea en esta materia que el Estado y sus órganos son los que deben resolver este problema.

Nada más equivocado como punto de vista para intentar resolver. Ciertamente que las instituciones públicas tienen una función que desarrollar, desde sus distintos niveles: Gobierno, Parlamento, Autonomías, Ayuntamientos, todos están y deben estar comprometidos, aportando los medios, el personal, las leyes; pero esto no significa, ni puede significar, que los poderes públicos sean los únicos que estén comprometidos en el problema y su solución. Cada uno tiene su función y sus responsabilidades.

Empecemos por la familia. Los jóvenes necesitan tener un ámbito familiar correcto que cubra sus necesidades, no sólo materiales, sino, sobre todo, afectivas, de cariño, de comunicación.

Cuando esto no ocurre, cuando las relaciones familiares no son fluidas y correctas, cuando no hay comunicación, se recurre al grupo.

El grupo es un factor de unión, sobre todo en los jóvenes, y en el grupo se siguen unas pautas que o son aceptadas o no se integra en él. Si uno de los factores de unión es el consumo de una droga, bien sea legal, alcohol, o ilegal, tenemos ya una persona introducida en el mundo del que estamos tratando.

La existencia de unos valores éticos es un factor a tener en cuenta; estamos en una época que se caracteriza precisamente por una falta absoluta de valores, bien porque los tradicionales han desaparecido, bien por ser una época de crisis donde los valores han entrado en fase de renovación.

Pero, sea cual sea la causa, la realidad está así, y esta ausencia de valores y de unos modelos de conducta a imitar puede ser igualmente un factor desencadenante de la búsqueda de otros universos en la droga.

La educación es un tema fundamental. Estamos, desgraciadamente, en un mundo donde la droga existe; demos, pues, una cultura farmacológica, sobre todo a los jóvenes, que les permita conocer lo que realmente es este mundo para que, llegado el caso, puedan tomar una decisión conociendo lo que son las cosas.

Amén de esta formación, es necesario dar una educación para la salud, una orientación para tener una vida sana, la cual no consiste en el no uso de drogas, sino en un sentido positivo de vivir de una forma sana.

Esta labor corresponde tanto al ámbito familiar como al escolar, donde entiendo que una formación de este tipo es algo fundamental.

La ignorancia en este tema o la información incorrecta es uno de los peores enemigos para la tarea que estamos tratando.

Al fin y al cabo, como dice un anuncio de la F.A.D. (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción), el máximo responsable en el tema de la droga, el que decide, es el joven.

Los poderes públicos, cualquiera de sus instancias, tienen sus obligaciones, no sólo materiales, de proporcionar los medios, tanto en la represión como en la prevención, realizando programas, preparando profesionales, haciendo campañas, sino también en el tema legislativo, dando unos instrumentos legales adecuados.

Un tema importante es el de la rehabilitación, donde los poderes públicos deben volgarse en proporcionar los medios necesarios para que quienes deciden abandonar este mundo puedan hacerlo.

Si todos nos comprometemos en esta lucha, si todos, desde nuestra situación, colaboramos en nuestra medida, entre todos estaremos avanzando hacia la solución del problema de la droga.

LUIS SANZ MARQUES  
*Fiscal Antidroga  
de la Comunidad Valenciana*

## Garantías constitucionales (en materia de drogas)

Un estudio sobre garantías constitucionales requiere -para su delimitación- analizar diversas cuestiones preliminares:

**Una primera**, que consiste en explicar que la invocación a las garantías constitucionales sin adjetivación alguna, reside en que tales garantías no son patrimonio de delito alguno, ni de los métodos utilizados para su investigación. Los principios constitucionales en materia penal, inundan el aspecto legislativo y el aplicativo dada su naturaleza garantizadora y, por consiguiente, inmanente. Si bien esta referencia en abstracto, como luego se verá, no impide, sino que, al contrario, aconseja una concreción sobre los delitos contra la salud pública, dada la singularidad y complejidad de tales infracciones.

**Una segunda cuestión**, tiene como referencia los mecanismos investigadores del delito de tráfico de drogas dado su contenido represivo; constituyen, pues, la primera etapa de la persecución del delito y responden, por tanto, a los modelos instrumentales que servirán para la sanción de determinadas conductas. Junto a ello, la política criminal, de mayor alcance, tiene como objetivo, básicamente de carácter político, la lucha contra el crimen. Pues bien, entre los medios investigadores y las directrices de lucha contra el crimen han de situarse, invadiendo unos y otra, las garantías constitucionales, porque se comprenderá fácilmente: la obtención de la verdad a toda costa ni es verdad ni es justicia y, de otra parte, los objetivos políticos en defensa de la sociedad encuentran su límite precisamente en el derecho penal, toda vez que éste sirve para la defensa de la sociedad como para la defensa del propio delincuente. A este respecto conviene señalar que el Código Penal es considerado una segunda Constitución.

**y una tercera**, que el drogodependiente no entra en el trágico círculo de la droga porque posea, como ha señalado el profesor **Vives Antón**: *«una innata inclinación al vicio, sino que obedece a un conjunto defactores, entre los que cabe señalar, como especialmente relevantes, los defectos de socialización de ciertos grupos de individuos, determinadas configuraciones de la estructura de la personalidad y también ciertas conformaciones aberrantes de la sociedad en que vivimos»*. **Merton** ya denunció en este sentido la crisis existente entre las metas culturales y los medios institucionales para obtenerlas. Por este motivo se ha dicho que *«el objetivo no puede ser, por tanto, la lucha contra la droga, ni siquiera la lucha contra la represión de las drogas. El objetivo ha de ser la lucha contra la necesidad de la represión de las drogas, único camino para luchar a largo plazo, y con alguna esperanza racional de éxito, contra la necesidad del consumo de drogas»* (**Carlos González**). El drogodependiente no es, como se ha dicho, un delincuente, sino un enfermo. No delinque porque toma drogas, sino porque no las toma (**García de Pablos**).

Sentado lo anterior, se está ahora en condiciones de abordar con éxito el análisis de las garantías constitucionales para la represión del tráfico de drogas.

La respuesta penal se caracteriza por el principio de última ratio, esto es, intervención mínima y subsidiaria. Nace este principio porque las medidas coercitivas indetificadas con la pena son el último recurso, el más traumático de que dispone el Estado para hacer frente a los ataques más intolerables a los bienes jurídicos dignos, susceptibles y necesitados de protección. Ello comporta que el derecho penal sea fragmentario (no todos los bienes estarán bajo el manto protector del derecho penal), y los que lo estén sólo implicarán una reacción penal cuando otros medios menos gravosos no hayan sido capaces de atajar las lesiones o peligros que se ciernan sobre los mismos.

En materia de drogas se ha optado, sin embargo, por un modelo represivo antes que preventivo; la política criminal se ha identificado, cuando no tiene por qué, con la pena, a la que ha considerado como única vía: exclusiva y excluyente. Se ha elegido, en definitiva, la cirugía penal: «reactiva, irreversible, ciega o insensible a la etiología de los fenómenos, a su pluridimensionalidad. Una política penal arrogante de tales características se sostiene que merece dos reflexiones: la droga no es un problema criminal, sino un problema social, y los problemas sociales no pueden resolverse eficazmente a golpe de prohibiciones penales, sino con una adecuada, decidida y coherente política social: con estrategias globales y coordinadas mucho más sutiles, atentas a la etiología y a la fenomenología de los problemas que se tratan de controlar y encauzar» (García de Pablos).

En realidad, la respuesta penal ha resultado ser una falacia, porque no se ha dirigido siquiera a la problemática de la drogadicción, sino a los efectos asociados de la misma: el peligro de bienes de terceros, como la vida, inseguridad y el patrimonio.

Para el profesor Vives, el castigo del tráfico penal ha de partir, a tenor de lo dicho, de la idea de que *el derecho penal no tiene en la problemática de la droga ni la primera, ni la única, ni la última palabra. Además de castigar, antes de castigar y después de castigar, los poderes públicos han de llevar a cabo toda una serie de actividades de reajuste social.*

Decididos a castigar, y sin que me esté pronunciando sobre tal conveniencia, el Estado, sus diversos poderes, quedan limitados por determinadas excepciones en forma de principios constitucionales. En lo que respecta al plano material, el legislativo, debe respetar:

En primer lugar, el principio de legalidad: El Estado de Derecho tiene como sólido punto de apoyo la división de poderes (legislativo, judicial y ejecutivo), de carácter independiente, pero con absoluto sometimiento a lo que en su tiempo se denominó imperio de la ley y hoy supremacía de la ley. El Estado, pues, no sólo debe respetar la ley, sino

que debe ser su máximo defensor. La defensa de la sociedad mediante la ley significa que ésta puede regular su convivencia mediante normas, y las ingerencias puede reprimirlas, incluso cuando el transgresor sea el propio Estado.

Todo ello, como no podía ser menos, tiene incidencia en materia penal, donde podemos hablar del **principio de legalidad criminal**: por muy reprochable que una conducta nos parezca, no será delito si no está descrita en una ley anterior; y podemos hablar del principio de legalidad penal: no cabe imponer más penas que las contempladas en una ley. Ahora bien, no es bastante que una ley diga que una conducta es delito que tiene aparejada determinada sanción, es preciso que esa ley sea clara y taxativa para otorgar virtualidad al principio de seguridad jurídica (art. 9.3 CE). De este principio se deriva la prohibición de normas penales en blanco y de la interdicción de creación de derecho por los jueces, quienes deben limitarse a aplicarlo.

Pues bien, en la regulación penal vigente del tráfico de drogas, el tipo básico del artículo 344 ni es claro ni **taxativo**, constituye una norma penal en blanco y traslada a los jueces la determinación típica del hecho punible; el juez, por tanto, ya no sólo aplica la ley, sino que **la crea**, y la creación de la ley en la clásica división de poderes del Estado es una función exclusiva y excluyente del poder legislativo.

En efecto, el art. 344 del Código Penal empieza por no definir lo que son drogas tóxicas, estupefactivas o sustancias psicotrópicas, y cuáles (**principio de taxatividad**). La determinación de qué tipo de drogas han de incluirse es, si cabe, más urgente y necesaria si se tiene presente que el mismo artículo distingue entre drogas «*que causen grave daño a la salud*» y «*los demás casos*». Junto a ello se encuentran cláusulas difusas, como las formas comisivas abiertas consistentes «*o de otro modo promuevan*». Y por último, en los tipos agravados se eleva la pena cuando la cantidad «*fuere de notoria importancia*», y las conductas, de «*extrema gravedad*».

De todo ello resulta que son los jueces quienes están, en muchos casos, legislando, en algunos supuestos determinando lo que son sustancias estupefactivas, tóxicas o psicotrópicas; en otros, cuándo causan grave daño a la salud; en otros, cuáles con las conductas típicas, y en otros, cuándo estamos en presencia de una notoria importancia o extrema gravedad para elevar el grado de la pena.

**En segundo lugar ha de invocarse el principio de proporcionalidad**: Encuentra asiento este principio en que la pena debe tener como finalidad la tutela del bien jurídico protegido (la salud pública), debe ser tal finalidad adecuada para llevar a cabo esta protección, debe el bien estar necesitado de protección y la pena ha de ser en sentido estricto proporcional al daño causado y a la malicia del causante.

Pues bien, sin perjuicio de valorar más adelante la finalidad y adecuación de la tutela del bien jurídico por medio de la pena, y habiéndolo hecho sobre la necesidad,

al tratar el principio de última ratio, hemos de detenemos ahora en la proporcionalidad en sentido estricto. Para ello ha de tenerse presente que el principio que nos ocupa es conocido también como de prohibición de exceso. En tal sentido el sistema penal acompaña la importancia de los valores protegidos por la gravedad de las penas. La sistemática adoptada supone que valores que no tienen igual rango no pueden merecer igual pena.

En el delito de tráfico de drogas, sin embargo, tal proporcionalidad se quiebra, pues para determinados supuestos la pena privativa de libertad puede alcanzar reclusión mayor en su grado mínimo, esto es, una pena cuya duración es de veinte años y un día a veintitrés años y cuatro meses. Si se tiene en cuenta que el delito de homicidio, un delito contra la vida, lleva aparejada una pena de reclusión menor, es decir, de doce años y un día a veinte años, se verá de inmediato que la pena en el delito de tráfico de drogas es no proporcional y, por consiguiente, contraria al principio de prohibición de exceso.

Aún resulta más claro si no se olvida que el delito de tráfico de drogas es un delito de peligro, esto es, que no tiene que producir ningún resultado, basta que suponga un peligro para penarlo y; por el contrario, el delito de homicidio como delito de lesión y resultado requiere la producción de la muerte de una persona para entenderlo consumado.

La disparidad de los valores y de los ataques a esos valores en relación con el homicidio refuerza la idea de que la punición contenida en el artº 344 y ss. del Código Penal en materia de drogas vulnera el principio de proporcionalidad.

**En tercer lugar.** se encuentra el **principio de no doble incriminación** (*ne vis in idem*): Señala este principio que nadie puede ser castigado dos veces por el mismo hecho (infracción).

No obstante, en materia de drogas concurren, junto a la normativa contenida en el Código Penal, dos leyes especiales, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y la de Contrabando. La primera, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, de facto se encuentra derogada por gracia de jurisprudencia constitucional. No es el caso de la Ley de Contrabando, que es aplicada al mismo tiempo a diversos supuestos de tráfico de drogas. En este sentido conviene aclarar que para que diversas leyes puedan aplicarse a un mismo supuesto se requiere que los valores a proteger sean de naturaleza distinta, o dicho de otro modo, que el desvalor de la conducta sólo pueda ser contemplado si ambas leyes concurren.

Si la tipificación del tráfico de drogas protege la salud pública y el de contrabando el interés económico del Estado sobre la circulación de mercancías (sustancias), nada habría que oponer a la concurrencia de ambas leyes para la introducción de droga en nuestro país al objeto de traficar con ella. Pero si, por el contrario, el contrabando tiene como fin el control de determinadas sustancias precisamente para que no perjudiquen a la salud pública, castigar también por contrabando supone una doble incriminación que deviene inconstitucional.

En cuarto lugar, se encuentra el **principio de presunción de inocencia** que, como quiera que ofrece una doble vertiente, penal y procesal, constituye tránsito para el análisis de los principios constitucionales adjetivos:

La posesión de droga para consumir no es típica porque las concepciones políticas no deben alcanzar una tuitividad sobre lo que es bueno o malo para el individuo a riesgo de vulnerar el derecho fundamental del libre desarrollo de la personalidad mediante la imposición de determinada moral. De otra parte, si el tráfico de drogas trata de proteger al consumidor o al potencial consumidor, resultaría una contradicción *in terminis* punir precisamente al que se trata de proteger. Y por último, la protección del tráfico de drogas está referida a la salud pública y no a la individual, porque de ser así habría que tener en cuenta el consentimiento del sujeto. Sin embargo, la tenencia con ulterior vocación al tráfico sí es delictiva. Pero para conocer cuándo estamos en presencia de una modalidad u otra es preciso detectar la finalidad del sujeto (elemento subjetivo del tipo).

De otra parte, el tráfico de drogas pertenece al campo de lo conocido como «**crimen sin víctimas**», esto es, delitos de peligro que no requieren que se cause resultado alguno para consumarse y en los que los partícipes necesarios (consumidores) no pueden ser penalizados y tampoco están dispuestos a aportar datos para el descubrimiento del delito.

En estas circunstancias se producen, en palabras del profesor Alessandro Baratta, «*serios riesgos de degeneración y hasta corrupción del sistema de justicia penal (cuya base objetiva está dada por la tendencia de la legislación sobre drogas a apartarse de los principios generales del derecho), y especialmente de la política, debido a las formas características de este campo de acción, de asegurarse éxitos en la búsqueda de pruebas sin contar con la denuncia y la colaboración de las víctimas*». Nacen así prácticas de inmunidad para los delatores, inmunidad que en algunos casos va acompañada de pago con la propia droga intervenida, y en otros, se acude a la figura del agente provocador.

Junto a ello se ha producido un relajamiento de las garantías del proceso en las entradas y registros domiciliarios sin la presencia de fedatario público e incluso sin mandamiento judicial a raíz de la entrada en vigor de la Ley de Seguridad Ciudadana, y asimismo en las intervenciones telefónicas sin control judicial sobre su contenido.

y por último se ha utilizado la prisión provisional, cuando se acuerda de forma automática para determinados delitos, como una cuestión de política criminal, desnaturalizando la institución y convirtiéndola en una auténtica pena anticipada y violando el principio de presunción de inocencia: lo que sucede cuando la prisión provisional en vez de ser una medida cautelar para que no se frustren las expectativas de la justicia, se convierte en una sanción. Que tal forma de proceder nazca del rescoldo de un cierto clamor popular no empece para que los tribunales de justicia, es preciso recordar, han de ser ante todo tribunales de cabeza y sangre fría para aplicar la ley con imparcialidad.

Para finalizar he de volver al principio, pues, como se ve, el problema de la droga es hasta en su teorización de carácter circular. El principio de última ratio surge de nuevo y con mayor intensidad después de lo visto.

Hasta el momento la respuesta a la problemática de la droga ha sido enteramente penal, y ésta resulta inadecuada o al menos insuficiente: el fracaso de las penas privativas de libertad es un secreto a voces, y las penas pecuniarias carecen de incidencia, toda vez que en las operaciones de tráfico de drogas se contemplan como gastos a incluir para la obtención del precio final y el consiguiente beneficio.

Los únicos intentos rehabilitadores se han producido en el ámbito de los delitos cometidos por toxicómanos en relación con su adicción, según previene el artº 93 bis. Empeñovano, pues además de que carece en la mayoría de los casos de virtualidad, su aplicación desde instancias represivas deteriora la relación y comunicación entre paciente y médico, especialmente necesaria en estos supuestos.

Para concluir, hago más las palabras del profesor García-Pablos cuando señala con indudable acierto que *«racionalidad y eficacia deben ser los pilares de un nuevo enfoque que contemple la drogadicción no como un problema penal, sino como un problema social. Frente a la tradicional cultura negativa de la drogodependencia, basada en una óptica puramente reactiva, represiva, se hace indispensable una vigorosa respuesta social, reflexiva, humana, consecuente. Una cultura positiva que, desde luego, confíe en el poder de la razón y en la libertad del ciudadano responsable y bien informado. Y una acción eficaz de los poderes públicos realista y científica, esto es, pluridimensional e interdisciplinaria: incidiendo preventivamente en los múltiples factores que tienen una repercusión etiológica en todas las actitudes de drogodependencia y poniendo en marcha los adecuados mecanismos asistenciales que permitan la reinserción del adicto»*.

VIRGILIO LA TORRE LATORRE  
Profesor de Derecho Penal  
Facultad de Derecho  
Universidad de Valencia

## Clausura

Debemos hacer estricta justicia, ante la realidad social que nos rodea, reconociendo que los tres principales y graves problemas que hoy preocupan no sólo a la sociedad valenciana, sino a todos los ciudadanos de España, son: las drogas, el paro y la inseguridad ciudadana.

Las drogas son el problema social más acuciante en nuestro país y las que desgraciadamente más trastornos están causando a la sociedad, pues afectan principalmente a la población juvenil, siendo no sólo un problema de sanidad, sino repercutiendo en la esencia misma de la familia trasladándole a ella todas las preocupaciones sociales, económicas y laborales, llegando, por desgracia, a desestabilizar familias enteras.

Constituyen además las drogas un destacado problema económico debido a la ingente cantidad de dinero que las mismas mueven, directa e indirectamente. Asimismo, un alto porcentaje de los delitos están relacionados con el tráfico y consumo de drogas.

Destacamos, por tanto, la oportunidad e importancia de la celebración de estas Jornadas sobre Drogodependencias, pues bajo el epígrafe de «Aspectos Jurídico-Penales de las Drogodependencias» nos han resaltado los sobresalientes ponentes, la relevancia de la información objetiva, la prevención intensiva, las acciones jurídicas, policiales y penales eficaces, sin olvidamos de la soberanía del ciudadano para decidir sobre su propia vida, pero sin excluir todos los mecanismos en manos de las instituciones para la lucha y erradicación de la droga.

Es fundamental la estrecha colaboración de la Policía Local y las Fuerzas de Seguridad del Estado para potenciar la actuación coercitiva del narcotráfico.

Es prioritaria la coordinación de todas las administraciones públicas, instituciones y entidades que luchan contra las drogas o tratan de paliar los efectos de las mismas. A través de una correcta coordinación interinstitucional conseguiremos evitar duplicidades, solapamientos de tareas y dejar lagunas en nuestras acciones, además de una mayor utilización de los recursos públicos en beneficio de los ciudadanos.

Es necesario incrementar la asignación presupuestaria por parte de las administraciones públicas. Como ejemplo debemos afirmar que el Gobierno vasco, consciente de la importancia del problema, ha dedicado durante este ejercicio cuatro mil millones de pesetas a la prevención de las drogodependencias. Cabe preguntarse: ¿Cuánto ha dedicado la Generalitat Valenciana? ¿Existen planes conjuntos de actuación entre las consellerías involucradas en las tareas informativas, asistenciales, educativas, preventivas, etc.?

Sin entorpecer los trabajos desarrollados por los demás niveles institucionales, en el conjunto de sus competencias asignadas, el Ayuntamiento de Valencia, a través del Programa Municipal de Drogodependencias, está acometiendo y conjugando las tareas informativas, preventivas, asistenciales, rehabilitadoras y de reinserción social que la problemática del drogodependiente requiere. Siendo cada vez más los recursos económicos asignados, ejercicio tras ejercicio, a la lucha contra las drogas incrementando nuevamente para este próximo presupuesto la dotación económica, potenciando la coordinación inter-institucional, sensibilizando cada día más a la sociedad valenciana ante este problema.

El protagonista y el responsable máximo del uso indebido de las drogas en primera y última instancia es cada ciudadano, individual o colectivamente. Las administraciones públicas, las autoridades judiciales, los representantes políticos, los profesionales, etc., somos unos simples mediadores e interlocutores sociales que debemos rentabilizar al máximo los recursos humanos y técnicos que se nos encomiendan para sensibilizar a todos los ciudadanos ante unos problemas que nos afectan a todos.

Debemos implicar a todas las administraciones, a todas las instituciones, a todas las asociaciones y a todos los ciudadanos ante el problema de las drogas y sus nefastas repercusiones sociales; pues sin el común esfuerzo y la estrecha colaboración de todos no conseguiremos resolver el problema de las drogodependencias.

Gracias a los destacados ponentes por sus brillantes, acertadas y valientes exposiciones.

Gracias a los organizadores y a todas las personas que han hecho posible la realización de estas Jornadas, que mañana continúan en el Aula Magna de la Facultad de Medicina, dedicadas al SIDA y Drogodependencias.

Gracias a todos ustedes por su participación.

RITA BARBERA NOLLA  
*Alcaldesa de Valencia*

*Sida y drogodependencias*

Aula Magna  
Facultad de Medicina

*Valencia, 17 de diciembre de 1992*

## PROGRAMA

9'00 h. **Inscripción. Recogida de documentación.**

9'30 h. **Presentación.**

**Ilmo. Sr. D. Vicente Martínez Marco.**

*Concejal Delegado del Area de Salud y Consumo.  
Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Valencia.*

9'45 h. **Epidemiología de la infección por el VIH.**

**Dra. D.<sup>a</sup> Oderina Tello Anchuela.**

*Subdirectora Centro Nacional de Epidemiología.  
Instituto Carlos III. Majadahonda, Madrid.*

10'30 h. **Epidemiología del SIDA en la Comunidad Valenciana.**

**Dra. D.<sup>a</sup> Hermelinda Vanaclocha Luna.**

*lefa del Servicio de Epidemiología.  
Dirección de Salud Pública. Conselleria de Sanidad y Consumo.  
Generalitat Valenciana.*

11'15 h. **Pausa.**

11'45 h. **MESA REDONDA.**

**ASPECTOS CLINICOS DE LA INFECCION POR VIH.**

Moderador:

**Dr. D. José Miguel Nogueira Coito.**

**Historia natural de la infección por VIH.**

**Dr. D. José Guix García.**

*Profesor Titular Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.*

**Diagnóstico microbiológico.**

**Dr. D. José Miguel Nogueira Coito.**

*Profesor Titular Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.*

**Tratamiento.**

**Dr. D. Arturo Artero Mora.**

*Médico Adjunto Medicina Interna.*

*Hospital Dr. Peset. Servicio Valenciano de Salud. Valencia.*

13'30 h. **Pausa.**

15'30 h. **MESA REDONDA.**

**ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA.**

Moderador: **Dr. D. José Sálazar Fraile.**

**Intervenciones psicológicas en pacientes infectados por VIH.**

**Dr. D. José Salazar Fraile.**

*Médico Psiquiatra. Plan del SIDA en la Comunidad Valenciana. IVESP.*

**Discapacidad y SIDA.**

**Dr. Leonardo Orta Mora.**

*Técnico de Valoración de Minusvalías del IVSS.*

*Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales. Generalitat Valenciana.*

**Repercusiones sociales del SIDA.**

**D.ª Teresa Samper Gros.**

*Socióloga.*

18'00 h. **Pausa.**

18'30 h. **Asistencia al enfermo terminal de SIDA.**

**D.ª Pilar Barreto Martín.**

*Profesora Titular Facultad de Psicología de Valencia.*

19'15 h. **Educación y prevención del sanitario frente a la infección por el VIH.**

**Dr. D. Juan José Vilata Corell.**

*Jefe Clínico del Servicio de Dermatología y Venereología.*

20'00 h. **Clausura.**

**Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral.**

*Coordinador General. Programa Municipal de Drogodependencias.*

*Concejalía Salud y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.*

## Apertura

Desde el año 1981, en que se describieron los primeros casos de SIDA, hasta la actualidad se ha producido una amplia diseminación del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) por todo el mundo.

Desde 1990 España presenta la tasa más alta del continente europeo.

Es, por tanto, un tema que preocupa a todos, y aunque el Ayuntamiento de Valencia no tiene competencias de asistencia sanitaria en materia estricta sí que, a través del PROGRAMA MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS, los profesionales están asistiendo a enfermos VIH positivos o con enfermedad de SIDA.

Además deseamos que todos los asistentes y la población general tenga información sobre la enfermedad y entre todos podamos acordar y poner en práctica medidas preventivas que atajen el SIDA.

Agradezco los esfuerzos de los doctores Juan José Vilata Corell y Francisco Jesús Bueno Cañigral, que han hecho posible la realización de estas Jornadas.

Felicito y agradezco a todos los ponentes por su entusiasta participación, y a todos ustedes por su asistencia, con la seguridad de que lo que se trate en el día de hoy será de amplia utilidad para todos.

VICENTE MARTINEZ MARCO  
*Concejal de Salud y Consumo*  
*Teniente de Alcalde*

## Epidemiología de la infección por VIH

Desde la descripción de los primeros casos de SIDA en homosexuales varones de Estados Unidos en 1981 la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha convertido en una auténtica pandemia de distribución mundial que afecta a más de 10 millones de personas, habiendo sido comunicados a la OMS casos de SIDA de un total de 163 países.

En esta segunda década de la infección por el VIH es ya bien conocido que toda la población es susceptible de padecer la infección por este virus y que atañe a toda la sociedad la responsabilidad de contener la epidemia, y no tan sólo a los profesionales de la sanidad.

La distribución de la pandemia no ha afectado por igual a todos los países. Según la OMS, existen en el mundo entre diez y doce millones de personas infectadas por el VIH, de los cuales seis millones estarían localizados en el continente africano, un millón en Norteamérica, un millón en Sudamérica, un millón en Asia y medio millón en Europa.

En Estados Unidos el 66,7% de los casos registrados de SIDA corresponden a varones homo o bisexuales; el 16% son adictos a drogas por vía intravenosa heterosexuales; el 8% son homosexuales y adictos a drogas por vía intravenosa; el 14% han adquirido la enfermedad por vía heterosexual; el 2% receptores de transfusiones; el 1% hemofílicos, y en el 3% no se pudo establecer el modo de transmisión.

En América del Sur y Central se ha observado un importante aumento de la transmisión heterosexual, destacando Brasil por el número de casos comunicados de SIDA, junto a Haití y otras islas del Caribe. En África subsahariana destaca por la elevada incidencia de casos de SIDA, que afectan a hombres y mujeres jóvenes sexualmente activos, con un importante contagio por transmisión directa de madre a hijo. En África occidental, un segundo virus, conocido como VIH tipo 2, es responsable de la epidemia.

Los casos de SIDA han tenido una distribución desigual en nuestro continente, con una incidencia notablemente menor en Europa oriental que en la occidental, aunque sin llegar en esta última a las tasas de infección alcanzadas en Estados Unidos. La infección se ha transmitido fundamentalmente a través de varones homosexuales, adictos a drogas por vía parenteral y personas receptoras de hemoderivados.

En la década de los ochenta el SIDA se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en la población española. Como en otros países, en España se desconoce

la prevalencia de infección por el VIH, y es a través de las comunicaciones de casos de SIDA como se valora la epidemiología de la infección por VIH. En España el primer caso de SIDA se detectó en 1981, inicialmente hubo un crecimiento más lento que en otros países europeos, pero en 1989 España alcanzó el segundo lugar en casos de SIDA en Europa, dirigiéndose hacia el primer puesto en la actualidad.

Las características epidemiológicas de la infección por el VIH en España se caracterizan por afectar, en primer lugar, a adictos a drogas por vía parenteral, al igual que ha ocurrido en Italia, y a diferencia de los países del centro y norte de Europa, donde los varones homo y bisexuales constituyen el grupo con mayor tasa de infección por VIH. Cataluña, Madrid y el País Vasco aglutinan más de la mitad de los casos de SIDA, con una tasa de incidencia que supera los 700 por millón de habitantes. Sin embargo, hay que ser prudentes al comparar las tasas entre comunidades autónomas, dado que los sistemas de registro de casos pueden presentar importantes diferencias en su funcionamiento.

La Comunidad autónoma de Valencia ocupa un lugar intermedio respecto a otras comunidades en las tasas de SIDA, y de forma análoga al resto del estado las características epidemiológicas vienen definidas por un predominio de la transmisión del virus a través de los adictos a drogas por vía parenteral, con claro predominio en varones jóvenes. Este colectivo representa el 56070 de los casos de SIDA de nuestra comunidad. Es de destacar que últimamente se está observando un incremento del porcentaje de casos de SIDA en los que la infección se adquirió por vía heterosexual.

## Aspectos clínicos de la infección por VIH

Desde el año 1983 se conoce al agente causal del SIDA. Se trata de un retrovirus, constituido por una envoltura externa, una cubierta interna formada por proteínas y dos moléculas de ARN y una enzima conocida como transcriptasa inversa, de gran importancia en el ciclo vital del virus.

El **VIH**, al igual que los demás virus, no puede sobrevivir de forma independiente y requiere permanecer en el interior de una célula. El **VIH** se ha identificado en diversas células de nuestro cuerpo, pero de forma especial en una de ellas, la célula diana del virus, conocida como linfocito T4. Esta célula juega un papel primordial en los mecanismos de defensa del organismo frente a infecciones y al desarrollo de tumores. Es por ello que cuando el virus destruye de forma importante a los linfocitos se llega a un estado de inmunodeficiencia que se conoce como SIDA.

La palabra SIDA son las iniciales de «síndrome de inmunodeficiencia adquirida». Síndrome representa a un conjunto de síntomas y signos; inmunodeficiencia indica el fallo del sistema inmune de nuestro organismo, y adquirida porque no está determinado por un defecto genético, sino que se adquiere con la infección por un virus.

Hoy en día sabemos que el SIDA se produce como consecuencia de la infección por un virus, aunque afortunadamente no se trata de un virus muy contagioso, y el **VIH** no penetra en nuestro cuerpo a través de la piel intacta o por vía aérea.

Hay tres modos de transmisión del **VIH**: a través de la sangre, mediante relaciones sexuales (homosexuales y heterosexuales) y de madre a hijo. De ellas es la primera forma de transmisión la que ocupa un primer lugar en nuestro medio, debido a la práctica entre los drogadictos por vía parenteral de compartir jeringuillas.

Una vez el virus penetra en nuestro cuerpo se requiere que el **VIH** se introduzca en el interior de las células. La penetración celular tiene lugar mediante la interacción con un receptor de la superficie celular conocido como CD4. Posteriormente el virus se desprende de su envoltura y deja salir su material genético que, mediante la acción de la enzima transcriptasa inversa, es convertido desde ARN a ADN. El ADN vírico se mezcla con el propio ADN de la célula, pudiendo permanecer integrado durante tiempo, hasta que se producen nuevos virus con capacidad para destruir a la célula e invadir otras células sanas.

Tras la infección con el VIH el sujeto puede quedar asintomático o sufrir un cuadro de tipo «gripal» que desaparece en unos días. Posteriormente se entra en una fase de latencia clínica, en la que aparentemente no se puede distinguir a esta persona de los no infectados por el virus. Este período de portador asintomático tiene una duración media de unos 10 años. A veces los sujetos infectados presentan adenopatías palpables, sino que esto represente un peor pronóstico.

En la fase conocida como SIDA se producen una serie de infecciones por microorganismos poco usuales o se desarrollan tumores. Además el propio virus puede invadir el sistema nervioso central y dar lugar a pérdida de memoria y demencia. También pueden aparecer síntomas digestivos, con diarrea y pérdida de peso. Las infecciones por hongos de la mucosa bucal son muy frecuentes. Y entre las infecciones oportunistas destacan por su frecuencia las que afectan a los pulmones, al sistema nervioso y al tracto gastrointestinal.

Las enfermedades indicadoras de SIDA en nuestro país han sido: infecciones oportunistas (70Cl,7o), tuberculosis extrapulmonar (15Cl,7o), síndrome caquético (4Cl,7o), sarcoma de Kaposi (4%), linfomas (2Cl,7o), encefalopatía por VIH (2Cl,7o), etc. Es de destacar que nuestro país presenta una de las tasas más elevadas de coinfección por el VIH y M. tuberculosis, y que de forma especial esto sucede en el colectivo de adictos a drogas por vía parenteral, lo que representa un problema prioritario de salud pública.

Existen diversas clasificaciones de la infección por el VIH, y probablemente ninguna sea la definitiva. Tras identificarse el virus y poder disponer de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos frente al virus se utilizó una clasificación sencilla en tres grupos: portadores asintomáticos, complejo relacionado con el SIDA y pacientes con SIDA. El término de complejo relacionado con el SIDA se empleó para englobar toda la patología relacionada con el VIH que tiene una persona infectada que no reúne los criterios de SIDA, como por ejemplo: candidiasis oral, tuberculosis pulmonar, leucoplaquia oral...

La clasificación más utilizada es la propuesta por el CDC (Centers for Disease Control) de Atlanta, que permite objetivar mejor la evolución de la infección a lo largo del tiempo. Divide la infección en cuatro grandes grupos que, a su vez, se subdividen en subgrupos. El grupo I incluye a los pacientes con infección aguda. El grupo II, a los asintomáticos. El grupo III, a las personas con un síndrome linfadenopático persistente. El grupo IV engloba a los sujetos con otras patologías, sean éstas o no definitorias de SIDA.

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza mediante la detección en sangre de anticuerpos frente al virus. Cuando una persona se infecta al cabo de unas tres semanas a tres meses aparecen anticuerpos en sangre, que pueden detectarse mediante tests serológicos. En ocasiones puede transcurrir un tiempo mayor desde la infección hasta la aparición de anticuerpos.

La determinación de los anticuerpos anti-VIH se realiza con técnicas de ELISA, que tienen una elevada sensibilidad y especificidad. Los resultados positivos deben confirmarse con una técnica de confirmación (Western-Blot u otras).

¿Qué significa que una persona tiene anticuerpos anti-VIH? Significa: 1) Que está infectada por el VIH. 2) Que se es infectante (puede contagiar a otros). 3) Que la infección es crónica (probablemente para toda la vida).

¿Qué significa que el resultado de la prueba de anticuerpos anti-VIH es negativa? Significa que no se está infectado por el VIH. Aunque existen dos excepciones: 1) Se está en período de seroconversión. Esto es, el organismo aún no ha desarrollado anticuerpos porque la infección es reciente. En este caso puede ser útil determinar el antígeno p24 del VIH y repetir posteriormente la determinación de anticuerpos. 2) Muy rara vez ocurre que se está infectado, pero no se han desarrollado anticuerpos.

Es muy importante resaltar que la determinación de anticuerpos anti-VIH, aunque es una prueba sensible y específica, no debe aplicarse de forma indiscriminada a la población. El hacer la determinación de anti-VIH en forma de «screening» no es un método para prevenir el SIDA. Las pruebas están desaconsejadas en «screenings» laborales, escolares, preoperatorias, etc.

El SIDA continúa siendo una enfermedad incurable. Las medidas preventivas son, sin duda, el mejor método para luchar contra la epidemia. Estas medidas, dado que no se dispone de una vacuna, deben ir encaminadas a informar a la población acerca de esta infección y sus modos de transmisión y formas de prevenir el contagio. De manera especial, las campañas de información y prevención del SIDA deben dirigirse a aquellos sectores de la población con mayor riesgo de contraer la enfermedad.

En el colectivo de sujetos infectados con el VIH y adictos a drogas por vía parenteral que continúan inyectándose droga es prioritario el tratamiento de su toxicomanía.

El primer fármaco utilizado en la infección por VIH fue la zidovudina. Este fármaco es un análogo de la timidina. En el año 1987 se demostró su eficacia en un ensayo clínico en sujetos con SIDA y CRS avanzado, observando que disminuía la mortalidad y la aparición de infecciones oportunistas.

Desde entonces se generalizó su empleo. Sin embargo, todavía, y pese a la realización de diferentes ensayos clínicos, se desconoce el momento idóneo y la dosis más adecuada para tratar a los sujetos infectados por el VIH.

En la actualidad, y asumiendo que se producirán modificaciones en función del resultado de los estudios que están realizándose, se recomienda el tratamiento con zidovudina

a los sujetos con menos de  $500 \text{ CD4/mm}^3$ , aunque estén asintomáticos, con una dosis de 500 a 600 mg/día.

Existe preocupación por la aparición de resistencias del VIH a la zidovudina. Estas resistencias se han detectado más precozmente cuando el fármaco se utiliza en fases avanzadas de la enfermedad. Aún no se conoce la significación clínica de este hallazgo, ni tampoco el momento de sustituirlo por otro fármaco (ddI y otros).

Un campo que ha despertado gran interés es la posibilidad de tratamiento combinado frente al VIH, ya sea en forma de terapia convergente frente a la transcriptasa inversa o actuando a distintos niveles del ciclo celular del VIH. Actualmente se están desarrollando y ensayando fármacos inhibidores de la proteinasa, a nivel de las proteínas reguladoras, etcétera.

Un segundo campo de acción en el tratamiento es la prevención de las infecciones oportunistas. En los adictos a drogas por vía parenteral es prioritario el diagnóstico precoz y la prevención de la tuberculosis. Se recomienda realizar la prueba de Mantoux sistemáticamente y tratar con isoniacida a los sujetos Mantoux positivo. Cuando los linfocitos CD4 caen a niveles de  $200/\text{mm}^3$  aumenta notablemente el riesgo de infecciones oportunistas y se recomienda la profilaxis frente a pneumocystis con cotrimoxazol o pentamidina.

Pese a los avances terapéuticos el SIDA continúa siendo una enfermedad incurable, los progresos en el tratamiento requieren ensayos clínicos con grandes tiempos de seguimiento y aún no se dispone de una vacuna eficaz. **La educación a la sociedad en medidas de prevención es el mejor método de combatir el SIDA.**

## Aspectos psicosociales del SIDA

En los diez años transcurridos desde su aparición, el SIDA ha repercutido sobre un amplio conjunto de sectores de nuestra sociedad en un grado impensable para ninguna otra enfermedad. Instituciones sanitarias, penitenciarias, servicios sociales, escuelas, empresas, familias, movimientos ciudadanos han sufrido el impacto de una enfermedad desconocida en la década de los años setenta.

La relación del SIDA con la conducta sexual y la drogadicción ha conferido a los pacientes afectados por esta enfermedad un estigma de marginación y rechazo social que la distingue del resto de las enfermedades. Además, al tratarse de una enfermedad infecciosa incurable en la era antibiótica y de la vacunación masiva, la posibilidad de contagio con probabilidad de muerte origina un miedo comparable sólo al producido por la lepra, el tífus o la tuberculosis a principios de siglo. No es casualidad que a pesar del buen nivel de información de la población sobre los mecanismos de transmisión, todavía se produzcan reacciones de miedo intensas. El ejemplo más claro lo hemos vivido en los problemas de escolarización ocurridos a algunos niños portadores del virus durante cursos académicos anteriores, donde el miedo en algunas ocasiones se ha mezclado con la discriminación racial y social.

El SIDA se ha calificado como una «enfermedad moderna». En la gran difusión de la epidemia han intervenido factores como el proceso de urbanización de Africa, el auge de los movimientos de liberación sexual, la gran rapidez de las comunicaciones y de los fenómenos migratorios y el desarrollo de las tecnologías de conservación de hemoderivados. En Africa subsahariana y el Caribe, la mayor parte de los casos ocurren a través de transmisión heterosexual y la relación hombre-mujer de casos afectados es 1:1. Como consecuencia de esto es muy frecuente el porcentaje de niños portadores. Al parecer la epidemia se extendió a mediados de los años 70, y en un número de países significativo a la prevalencia del VIH se sitúa alrededor del 10%. En algunos núcleos urbanos el 25% de los individuos adultos está infectado.

En Norteamérica, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda la transmisión en masa se produjo a finales de los 70 y durante la década de los 80. La forma principal de transmisión es a través de sangre o derivados, contacto homosexual o en adictos a drogas por vía parenteral. La transmisión heterosexual presenta todavía un pequeño porcentaje del número de casos, aunque aumenta poco a poco.

América Latina presenta un patrón mixto de los tipos mencionados anteriormente; en Asia, la difusión por vía sexual probablemente empezará en el futuro. En los países pertenecientes a la antigua Unión Soviética y Europa oriental, la introducción del mercado de drogas, la crisis económica, el aumento de la prostitución y la escasez de recursos

sanitarios vaticinan el incremento de los casos de SIDA, aunque no se puede aventurar cuál será el patrón de difusión predominante en el futuro.

Como se desprende de los patrones epidemiológicos enumerados, las consecuencias en Africa subsahariana pueden ser equivalentes a los de una guerra: las consecuencias demográficas se harán sentir fundamentalmente entre la población productiva, soporte fundamental de la existencia de ancianos y niños, a lo que se añadirá la muerte de los niños portadores.

En nuestro país, aunque la repercusión no será la misma, puede convertirse en una de las principales causas de muerte en los sectores de edad comprendidos entre los 16-40 años.

Puesto que la única medida eficaz para evitar la difusión de la epidemia es la prevención, en todo el mundo se han puesto en marcha campañas destinando recursos para cambiar conductas de riesgo. Aunque los resultados de los programas de promoción de salud son eficaces, distan mucho de ser enteramente satisfactorios, pues, aunque se registra un cambio en las conductas de riesgo, existen nuevos patrones que disminuirán la probabilidad de detener la epidemia en un plazo inmediato. Las personas con prácticas heterosexuales suelen presentar baja percepción de riesgo, fenómeno que también se aprecia en algunos sectores de grupos homosexuales al haber disminuido la tendencia al crecimiento de la difusión de la epidemia en este colectivo. Aunque los usuarios de drogas intravenosas ya no comparten las jeringuillas como ritual de pertenencia al grupo, como se hacía a principios de la década de los 80, y existe mayor tendencia al uso de drogas por otras vías distintas a la intravenosa, el consumo de heroína intravenosa viene asociándose últimamente a la cocaína. El síndrome de abstinencia de esta última origina una compulsión mucho más imperiosa y difícil de controlar que el de la heroína, con el consiguiente incremento en la probabilidad de utilizar jeringuillas no estériles. Además, la utilización del preservativo es una conducta mucho más difícil de introducir entre los adictos a drogas por vía parenteral que en el resto de otros colectivos, con el consiguiente riesgo para sus parejas no portadoras de VIH.

Los recursos para evitar la difusión del VIH deben, por tanto, involucrar a todos los sectores sociales y serán siempre insuficientes para prevenir la difusión de la epidemia si sólo están basados en las instituciones sanitarias. El fenómeno de una actitud favorable al uso del preservativo, o al sexo seguro en general, no depende única y exclusivamente de la labor realizada por las instituciones, pues ésta es insuficiente para generar actitudes favorables hacia prácticas de riesgo (sobre todo en colectivos poco identificados con las administraciones). Es notable el incremento de actos de solidaridad, participación de empresas privadas y organizaciones no gubernativas creadas en la década pasada para dar una respuesta ciudadana al SIDA, en colaboración con las autoridades sanitarias.

En el ámbito asistencial el SIDA ha obligado a enfatizar aspectos de la práctica clínica y de enfermería ligeramente olvidados hasta poco tiempo atrás. Los aspectos éticos y de confidencialidad de la información han vuelto a tomar relevancia, dada la delicada situación de los afectados.

La necesidad de proporcionar información ajustada a las necesidades de los pacientes ha obligado a formar a los profesionales en técnicas de asesoramiento y educación sanitaria, así como a entrenarles en el manejo adecuado del sufrimiento emocional, de los pacientes y de su entorno próximo. Asimismo, el carácter infeccioso y mortal ha obligado a plantearse rigurosamente las medidas de precaución universales, que no eran suficientemente tenidas en cuenta en otros momentos.

Afortunadamente, el carácter público de la asistencia sanitaria en nuestro país amortigua algunos de los efectos dramáticos de la enfermedad sobre los enfermos de otros países. La asistencia a un enfermo de SIDA es costosa. La Organización Mundial de la Salud estimaba en 1990 entre 25.000' y 150.000 dólares el costo médico para una persona con SIDA. Si tenemos en cuenta el número de casos en España y el hipotético número de portadores, apreciaremos que sólo la asistencia sanitaria de estos enfermos debe contabilizarse no en términos de cientos, sino de miles de millones, es decir, en cifras propias del costo de un tren de alta velocidad.

En los países donde la asistencia es privada, la carga económica que supone para los afectados no está al alcance de todos. Si a ello añadimos en muchas ocasiones la pérdida de ingresos debido a la ausencia o pérdida de trabajo, vemos cómo las consecuencias sobre la calidad de vida difícilmente se subsanan con prestaciones de servicios sociales.

En los países asiáticos o africanos, donde existen problemas económicos para proporcionar preservativos a la población, el coste del AZT es inalcanzable. Si a ello le añadimos la escasez de dotación sanitaria, la carga económica para el país es enorme. En estas comunidades los individuos carecen de otro sustento que no sea su propio trabajo personal, y cuando la enfermedad se activa las consecuencias son devastadoras.

En definitiva, el SIDA pone en evidencia las insuficiencias de la estructura sanitaria y social de un país. Los programas de prevención de esta epidemia, difícil de erradicar, son más eficaces en aquellos lugares donde la solidaridad y la aceptación de los enfermos es un hecho gracias a la involucración de todos los sectores sociales. Del mismo modo, en los lugares donde la asistencia sanitaria no está al alcance de todos o es insuficiente los más desfavorecidos sufren de un modo más dramático cambios radicales en sus vidas.

Proponemos, pues, solidaridad y comprensión, dejando de lado prejuicios y miedos que sólo consiguen frenar nuestras únicas armas frente a la enfermedad. La sinceridad, el debate y la aportación de lo mejor de todo aquello que podamos aportar entre todos y cada uno de nosotros es la única garantía de paliar y frenar este problema.

No busquemos «chivos expiatorios». Construyamos una sociedad más solidaria y con mayores alternativas. Si la marginación puede implicar un mayor riesgo o un mayor coste frente al SIDA, luchemos también contra la marginación.

# Manifestaciones cutáneo-mucosas producidas en la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCION

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) afecta a una dilatada variedad de órganos y sistemas del individuo y la piel como órgano de resonancia de la enfermedad interna no es extraña a la infección y participará de ésta con diversas manifestaciones. La moderna tecnología es una gran ayuda en el diagnóstico de enfermedades pero aún no ha sustituido a la semiología, necesaria todavía para un primer diagnóstico y clasificación clínica del paciente sobre todo en niveles primarios de atención sanitaria.

En la infección por el VIH existen muchas más manifestaciones en la piel y en las mucosas que la del sarcoma de Kaposi reveladora del último estadio de la enfermedad. Uno de los objetivos de este artículo es el de que conozcamos una serie de signos y síntomas que nos dará una rica información fidedigna que permitirá sospechar la infección por el VIH. Estos signos, además de ser muy frecuentes entre los pacientes infectados, también tiene su importancia por la calidad diagnóstica, en especial para el médico de atención primaria y especialista que no disponga de recursos tecnológicos suficientes.

Las manifestaciones muco-cutáneas no se pueden relacionar generalmente con los estadios tan estrictos como artificiales de la enfermedad por el VIH, ya que van a presentarse a lo largo de toda la evolución de la misma sin que por el momento puedan ser asociado-cronológicamente a la evolución de la infección, aunque se harán más frecuentes y más llamativos conforme se deprima la inmunidad celular al evolucionar la enfermedad.

Algunas de estas manifestaciones, unas neoplásicas, otras infecciosas, son debidas a la inmunodepresión que produce el virus. Otras enfermedades asociadas como la Sífilis, *Molluscum contagiosum*, Psoriasis, etcétera, no son específicas de la infección pero van a presentar una evolución atípica, presentarse bajo severas condiciones clínicas e incluso no responder a la terapéutica apropiada. Otras manifestaciones cutáneas probablemente representan una acción directa del virus como se ha considerado en la vasculitis asociada al SIDA y otras manifestaciones como las telangiectasias en que por el momento su patogenia es desconocida.

Así pues, las manifestaciones de la piel y mucosas van a ser frecuentemente los primeros y principales signos para el diagnóstico de la infección por el VIH. Su temprano diagnóstico y asociarlas al VIH le compete al Médico Generalista y al Dermato-Veneólogo para conducir al paciente a la realización de la analítica correspondiente tras un historial epidemiológico y clínico correcto.

## MANIFESTACIONES MUCO-CUTANEAS

Diversos autores han intentado clasificar las manifestaciones cutáneas y mucosas por su etiopatogenia, por su localización, etcétera, e incluso se han intentado relacionarlas con los diferentes estadios evolutivos de la enfermedad. Esto último ha sido posible en el primer estadio de la infección y como resultado del seguimiento de pacientes recientemente infectados, conllevando a la descripción de cuadros clínicos con manifestaciones cutáneas diferentes: los primeros casos fueron descritos en el año 1985 y se describen tres casos con una erupción semejante a una urticaria y otros como una erupción maculo-papular de localización en tórax y parte alta de las extremidades superiores. En este estadio la serología es negativa y la seroconversión se realizará en unas cinco semanas aproximadamente. El diagnóstico diferencial se realizará con la roseola sifilítica, diversos exantemas virales y pitiriasis rosada de Gibert.

Después de este cuadro inicial que se resuelve espontáneamente, muchos pacientes desarrollarán linfadenopatías generalizadas que será de nuevo motivo de consulta en clínicas de ETS y cuyo diagnóstico diferencial implicará de nuevo a la sífilis en su estadio secundario por su frecuencia de linfadenopatías múltiples.

Hasta este momento de la historia natural de la infección por el VIH se pueden relacionar las manifestaciones dermatológicas que se conocen pero, cuando comienzan a aparecer los diversos síntomas inespecíficos en estadios posteriores de la enfermedad, no pueden correlacionarse por su gran variedad y diferente momento evolutivo de cada enfermo, dependiendo generalmente de la evolución de la inmunodeficiencia del individuo.

Así pues, el individuo infectado por el VIH va evolucionando y progresando su inmunodeficiencia y las manifestaciones mucu-cutáneas pueden ir apareciendo únicas o asociadas.

### CLASIFICACION DE LAS MANIFESTACIONES MUCO-CUTANEAS ASOCIADAS AL VIH:

1. NEOPLASICAS.
2. INFECCIOSAS.
3. DESORDENES PROLIFERATIVOS EPIDERMICOS (NO MALIGNOS).
4. DESORDENES NUTRICIONALES.
5. MISCELANEA.

Describiremos las manifestaciones más importantes por su calidad diagnóstica correspondientes a los cinco apartados anteriores.

## 1. NEOPLASICAS

a) Sarcoma de Kaposi (SK): Aproximadamente el 40070 de los pacientes con el síndrome desarrollarán tumores malignos. La mayoría de estos tumores son formas agresivas de sarcoma de Kaposi que se desarrollará en piel, mucosas y vísceras.

Las lesiones del SK epidémico suelen ser de un comienzo discreto, placas ovales y de color marrón oscuro o violáceo apagado y que generalmente se alinean con los ejes de las líneas de tensión de la piel, incluso pueden desarrollarse en áreas de reciente traumatismo. Las lesiones pueden ser sutiles y aparentar otros cuadros clínicos. Se han descrito SK zosteriforme, con aspecto de pápulas foliculares, aspecto de hematoma, etcétera.

Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del tegumento cutáneo. La mucosa oral puede afectarse en un 30% de los casos. Las lesiones tardías pueden observarse como tumores de varias medidas e incluso generalizadas.

Existe una desigual distribución del SK entre los grupos de riesgo de la población infectada por el VIH. Los hombres homosexuales tienen una mayor incidencia que en el hombre heterosexual drogadicto por vía intravenosa.

b) Linfomas: Pueden diagnosticarse varios tipos de linfomas en pacientes con SIDA, generalmente linfomas «no Hodgkinianos». Clínicamente pueden presentarse como nódulos o pápulas.

c) Carcinomas: Se han descrito carcinomas espinocelulares en mucosa oral y rectal de pacientes con SIDA con características evolutivas muy agresivas y con prontas metástasis. Asimismo, han sido publicados casos de carcinomas basocelulares que debido a la inmunodepresión del individuo metastatizan, por lo que se aconseja su extirpación inmediata.

## 2. INFECCIOSAS

Pueden estar implicados los virus, hongos, bacterias, protozoos y artrópodos. Entre las manifestaciones muco-cutáneas de mayor importancia están las debidas a:

### a) Virus

1. Leucoplasia vellosa oral (LVO): Descrita desde el año 1984, ha estado asociada a pacientes seropositivos y con diagnóstico de SIDA. Hasta hace pocos años se reconocía como cuadro clínico específico de la infección por el VIR, aunque posteriormente se ha descrito también en pacientes inmunodeprimidos por otras causas, generalmente en trasplantados.

La lesión consiste en un espesamiento blanco anormal y localizado de la mucosa oral, generalmente en el margen lateral de la lengua. La lesión suele ser solitaria, aunque puede

llegar a ser bilateral y raramente se extiende a toda la lengua. Las lesiones son ligeramente sobreelevadas y pobremente limitadas con un arrugamiento o superficie «vellosa». Son asintomáticas pero en ocasiones pueden producir dolor.

Su probable etiología está entre dos virus, el virus del papiloma humano y el virus de Epstein-Barr. Incluso *Candida albicans* contribuiría al desarrollo de estas lesiones en sinergia con los dos virus.

2. Herpes Simple: Suele presentarse en estos pacientes con unas características clínicas muy diferentes. Las lesiones serán generalmente graves, ulceradas, crónicas, de bordes geográficos y profundos. Son muy frecuentes en el área perianal, incluso se han confundido con úlceras de decúbito.

3. Herpes Zoster: El herpes zoster en estos pacientes será grave en cuanto a su extensión, englobando varias metámeras. Las lesiones serán muy necróticas. Padecerán graves parestesias y dolores residuales muy frecuentes. Es uno de los cuadros clínicos más frecuentes en los pacientes infectados por el VIH.

4. Virus del Papiloma Humano: El diagnóstico de verrugas plantares o palmares, incluso periungueales en gran número y muy recidivantes puede hacernos pensar en que estamos ante un paciente infectado por el VIH. Asimismo, pacientes con condilomas acuminados de comportamiento agresivo y resistentes al tratamiento y con recidivas frecuentes no debe hacer pensar en la infección por VIH. No es infrecuente su malignización.

## b) Fúngicas

Candidiasis oral: Es el cuadro clínico más común y su etiología es la *Candida albicans*. Se presenta con diversos cuadros clínicos: candidiasis pseudomembranosa, eritematosa, hiperclásica crónica y como queilitis angular. Este último cuadro en un paciente joven y reticente al tratamiento convencional tópico con antifúngicos hay que sospechar en un paciente inmunodeprimido por el VIH. Hay que descartar también otras inmunodeficiencias y diabetes.

## b) Bacterianas

Los pacientes infectados por el VIH van a desarrollar muy frecuentemente lesiones debidas al *Staphylococcus aureus* y al estreptococo en las capas más superficiales de la piel y en tejido celular subcutáneo, por lo que podremos llegar a observar una serie de cuadros clínicos como: impétigo, abscesos, ectima y celulitis. Son generalmente muy localizados, crónicos, de evolución tórpida, muy recidivantes y rebeldes a tratamientos convencionales.

### 3. DESORDENES PROLIFERATIVOS EPIDERMICOS (NO MALIGNOS)

Dermatitis seborreica: La incidencia de la dermatitis seborreica en la población en general suele estar entre el 1 al 40%. En pacientes infectados por el VIH la incidencia aumenta hasta un 40-80%.

Clínicamente puede afectar al cuero cabelludo, cara, axila, tronco, ingles y genitales. Presentan un gran eritema de base con escamas gruesas, seborreicas, amarillentas e incluso grisáceas. Los bordes son generalmente policíclicos. El curso de la dermatitis será muy agudo y severo y con una gran tendencia a ocupar todo el tegumento cutáneo.

Todavía no está clara la etiología de la dermatitis seborreica. Se ha considerado fuera el *Pitirosporum ovale* el causante, en virtud de que responde en cierta forma al Ketoconazole. Sin embargo, las lesiones también mejoran considerablemente con corticoides tópicos, por lo que se ha querido ver en esta dermatitis un cierto carácter de reacción alérgica al *P. ovale*. Por lo tanto, no está todavía demostrada la causa de la misma.

### 4. DESORDENES NUTRICIONALES

En estadios avanzados de la enfermedad podemos encontrar con pacientes con una gran Xerosis cutánea y eritemas pelagroides como resultado de la desnutrición de estos pacientes. En ocasiones se acompaña de prurito.

### 5. MISCELANEA

Diversos cuadros clínicos que se han descrito con alta incidencia en los pacientes infectados por el VIH y que no pueden ser encuadrados en los anteriores apartados se relacionan en éste para poder también tenerlos presentes en el momento de sospechar una infección por el VIH:

- a) Gingivitis necróticas.
- b) Telangiectasias distribuidas por los hombros y extremidades superiores.
- c) Síndrome de las uñas amarillás.
- d) Agravamiento de dermatopatías preexistentes: psoriasis, sífilis, etcétera.
- e) Vasculitis.
- f) Tricomegalia.

## CONDUCTA A SEGUIR ANTE UN PACIENTE CON UN CUADRO CLÍNICO SOSPECHOSO DE INFECCIÓN POR VIH

El médico generalista, tras la identificación del signo mucoso o cutáneo sospechoso en individuo joven o joven-maduro le realizará un corto interrogatorio con el fin de averiguar el grupo de riesgo y le solicitará la analítica correspondiente de: investigación de anticuerpos anti-VIH. Posteriormente y si el resultado es positivo, se elevará al siguiente nivel de asistencia sanitaria correspondiente para clasificar el estadio de la enfermedad, estudio de poblaciones linfocitarias para una evaluación pronóstica y propuesta terapéutica. El control clínico, biológico e inmunitario del paciente debería hacerse posteriormente en atención primaria y sólo ser remitido al hospital en contadas ocasiones de agravamiento del paciente o para una nueva orientación diagnóstica de enfermedad asociada o nueva propuesta de tratamiento.

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes con la infección por el **VIH** presentan numerosas manifestaciones muco-cutáneas.
2. A mayor evolución de la enfermedad y mayor inmunodepresión, mayor número de ellas, más graves y más reacias al tratamiento.
3. El sarcoma de Kaposi epidémico y el herpes simple muco-cutáneo crónico en individuos **VIH** positivos son indicativos de SIDA (último estadio de la enfermedad). Sin embargo, el resto de las manifestaciones referidas acompañan a la infección por **VIH** y su presencia debe hacernos sospechar la posibilidad de que el paciente sea portador de anticuerpos anti-VIH.
4. Algunos de los cuadros referidos pueden constituir el primer signo de sospecha de la enfermedad y será generalmente el médico de atención primaria el primero en ser consultado.
5. En nuestro medio las manifestaciones muco-cutáneas más frecuentes sugerido ras de infección por **VIH** son: candidiasis bucal (lengua roja o rágades candidiásicas), dermatitis seborreica y leucoplasia vellosa oral.
6. Estas manifestaciones pueden darse también en otros pacientes inmunodeprimidos como diabéticos, leucémicos, trasplantados, etcétera, por lo que seremos muy prudentes y descartaremos el resto de posibilidades.

## Medidas preventivas para sanitarios frente a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha sido aislado en las lágrimas, saliva, líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, sudor, orina, semen, sangre, secreciones vaginales y leche materna, pero epidemiológicamente sólo son contagiosos el semen, sangre y las secreciones vaginales. Las vías de contagio son, por lo tanto: la sexual, tanto la homo como la heterosexual, y la vía hemática, aunque actualmente ha disminuido el contagio de esta vía debido a las medidas legales adoptadas en los laboratorios para la transfusión de sangre y hemoderivados. Sin embargo, existe la infección por medio del uso de la misma jeringa en adictos a drogas por vía parenteral. Por último, hay que recordar la transmisión del VIH de la madre al feto.

Las lesiones e infecciones secundarias de los pacientes infectados y la integridad de la barrera epitelial, así como la intensidad de la exposición con estos fluidos, van a ser factores que influyen notablemente aumentando la capacidad de infección.

El riesgo de infección por parte del personal sanitario de adquirir el VIH dentro del contexto profesional es bastante bajo por las vías de transmisión que hemos referido anteriormente, pero la prevalencia creciente del VIH incrementa el riesgo de que los trabajadores de la sanidad queden expuestos a la sangre y otros fluidos corporales infectados *sobre todo porque no siempre se siguen las precauciones necesarias para manejar la sangre y otros fluidos orgánicos.*

Entendemos por personal sanitario cualquier persona, incluidos los estudiantes, cuya actividad implique un contacto con pacientes o líquidos orgánicos en un contexto sanitario.

### PROTECCION SANITARIA

El mayor riesgo o peligro para el personal sanitario serán las *punciones y cortes* producidos por agujas e instrumental de corte (bisturís, tijeras ...). El contacto con sangre y otros fluidos orgánicos aumenta el riesgo con la existencia de heridas o erosiones dérmicas y de mucosas, contando también con el factor tiempo de exposición prolongado que aumentará más el riesgo de infección.

Las circunstancias de riesgo no se limitan a los contactos directos con los fluidos orgánicos, sino con métodos terapéuticos como el láser, la electrocoagulación y nitrógeno líquido, que producen humos y productos volátiles, exponiendo al sanitario a unas proyecciones de microgotas de sangre y de partículas virales incluidas en los productos resultantes de

la vaporización y de la volatilización. Asimismo se prestará especial vigilancia sobre los riesgos potenciales de transmitir el VIH de paciente a paciente, procurando no actuar como vector de la enfermedad.

Las primeras medidas aconsejadas con las llamadas medidas barrera consistentes en *guantes, mascarilla, gafas o pantallas protectoras y batas*.

Utilizaremos siempre guantes dobles o mejor guantes especiales anticorte, cuando entremos en contacto con sangre, fluidos orgánicos, mucosas y piel no intacta, también al manipular objetos o superficies mojadas con sangre u otros fluidos y siempre que empleemos métodos de abordaje tanto en la vía vascular, como en la parenteral.

Cambiaremos de guantes siempre después del contacto con cada paciente, previo lavado, debiéndonos lavar nuevamente las manos después de retirar los guantes.

Las gafas, u otros métodos protectores de la cara las usaremos cuando apliquemos técnicas que habitualmente producen aerosoles, salpicaduras de sangre, líquidos orgánicos o formaciones de esquistosomas.

La bata se utilizará siempre para asegurar una impermeabilidad, al menos de la parte delantera, procurando que ésta sea desechable.

## PRECAUCIONES EN LAS TECNICAS INVASIVAS

Se entiende como técnica invasiva la penetración quirúrgica en tejidos, cavidades u órganos. Todas las precauciones enumeradas anteriormente, junto con las que citamos a continuación, constituirán las mínimas precauciones a adoptar y que aconsejamos para evitar la transmisión del virus «paciente-sanitario».

Extremaremos al máximo toda manipulación con agujas, bisturís y objetos cortantes durante el proceso quirúrgico que puede conducir al accidente por punción o corte de la piel, sobre todo del personal auxiliar al limpiar los instrumentos utilizados en estas intervenciones.

Para evitar el pinchazo con agujas deberán de ser desechadas a un contenedor de paredes suficientemente resistentes, que impidan ser atravesadas por los objetos punzantes por una fuerte presión o caída fortuita. Las agujas no se volverán a encapuchar, doblar o retirar de la jeringa con las manos. El contenedor se dispondrá próximo a la zona de actuación quirúrgica para evitar accidentes en los traslados.

## PRECAUCIONES EN EL LABORATORIO

En el laboratorio la principal precaución es la de *considerar como infectiva toda muestra de sangre y fluidos orgánicos que se vaya a procesar*.

Observaremos por regla general estas cuatro medidas:

1. Se utilizarán envases que impidan el derramamiento de las muestras. Se pondrá especial cuidado en no manchar la superficie externa del envase.
2. Se utilizarán siempre guantes para manipular la sangre y líquidos orgánicos en el procesamiento analítico.
3. Aplicaremos el pipeteo mecánico. No pipitear con la boca.
4. Se desinfectarán los materiales contaminados antes de su desecho.

La puesta en práctica de todas estas medidas precautorias elimina la necesidad de colocar etiquetas de aviso, ya que hemos de considerar *toda sangre y todo fluido orgánico como infectivos de principio*.

#### **ESTERILIZACION y DESINFECCION DEL MATERIAL UTILIZADO EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIO**

Las medidas de esterilización y desinfección habituales son válidas y no deben de introducirse cambios. Debe recordarse a los sanitarios su necesidad para cualquier tipo de infección.

Deben utilizarse los germicidas registrados en la EPA (Environmental Protection Agency) a la concentración y tiempo recomendado por los fabricantes.

#### *Limpieza del material*

Lavarlo con agua y jabón (siempre con guantes), quitando los restos visibles de material orgánico con enérgico frotamiento mediante cepillos adecuados. A continuación se procederá a esterilizar o desinfectar según necesidad.

En nuestra sección de ETS realizamos la desinfección con Instrunet® a una dilución de 1/16 durante diez minutos y la esterilización en autoclave a una atmósfera y 120° C durante veinte minutos.

La desinfección de superficies la realizamos con lejía al 1/10 o preparados con formaldehído al 20%. Epidemiológicamente no se ha descrito transmisión por el ambiente y mobiliario por lo que se recomienda la limpieza habitual, así como el lavado de la ropa normal. Utilizamos generalmente material desechable que después de su utilización se recoge en una bolsa de plástico, que en nuestro caso es de color rojo, las cuales, se remiten directamente a incineración.

## RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS

En nuestra sección de ETS recomendamos a los sanitarios que están próximos a estos pacientes que eviten el contacto con ellos en exploraciones o intervenciones cuando el sanitario presente dermatitis, heridas o lesiones exudativas hasta que el cuadro clínico desaparezca o cure.

Asimismo, las embarazadas tendrán especial cuidado en el manejo de sangre, fluidos orgánicos, intervenciones quirúrgicas, etcétera, no porque tengan mayor susceptibilidad al virus, sino porque el contagio puede suponer la transmisión al feto.

A pesar de todas las precauciones que se adopten, si el sanitario resulta accidentado con material contaminado, debe practicársele una serología (Ac. anti-VIH) inmediatamente y posteriormente a las seis semanas, doce semanas y seis meses, vigilando durante este período la posible seroconversión.

## CONCLUSIONES

- No adoptaremos más medidas que las reglamentadas para cualquier enfermedad infecciosa.
- Recordaremos periódicamente estas medidas a todos los sanitarios mediante cursos o seminarios de reciclaje, etcétera.
- En caso de accidente (punción, corte, salpicadura en mucosas) realizar lavado inmediato con abundante agua y jabón, friccionando enérgicamente la herida.
- Tras la primera asistencia de urgencias, ponerse bajo control serológico en un servicio de medicina preventiva.

## Clausura

Considero absolutamente impropio aportar más conocimientos a los ya expuestos durante estas Jornadas sobre Drogodependencias; sólo me resta ponerme y ponemos todos los profesionales que trabajamos en el PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS del AYUNTAMIENTO DE VALENCIA a disposición de todos ustedes para los asuntos en los que podamos ser de utilidad.

Felicito a todos los asistentes a estas Jornadas sobre Drogodependencias, pues se han inscrito 850 personas, que han seguido con atención, interés y participación el desarrollo de las mismas, tanto ayer en el Palau de la Música, como hoy en este marco incomparable que a muchos de los aquí presentes tantos recuerdos gratos nos trae a la mente, como es el Aula Magna de esta nuestra querida Facultad de Medicina y Odontología.

Agradezco a los ponentes que intervinieron ayer tratando «ASPECTOS JURIDICO-PENALES DE LAS DROGODEPENDENCIAS» y a todos los ponentes de hoy, que nos han expuesto «SIDA Y DROGODEPENDENCIAS» y hemos podido debatir ampliamente sobre todos los temas relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, acercándonos a todos a un mayor conocimiento de la enfermedad y a un mayor reconocimiento y aceptación de los enfermos.

Nos comprometemos todos los aquí presentes a aportar nuestro esfuerzo para combatir esta epidemia de finales del siglo XX, en la medida de nuestras posibilidades, haciendo especial énfasis en todas las medidas preventivas necesarias.

Al Dr. Juan José Vilata Corell, estimado colega y amigo, le agradezco su entusiasta participación y apoyo en la coordinación de estas Jornadas, así como su brillante exposición en las ponencias: «Manifestaciones cutáneo-mucosas producidas en la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana», y «Medidas preventivas para sanitarios frente a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana».

A todas las compañeras y compañeros del CENTRO DE ASISTENCIA y CENTRO DE REHABILITACION, del PROGRAMA MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS del AYUNTAMIENTO DE VALENCIA, su estímulo y colaboración para que estas Jornadas sobre Drogodependencias hayan constituido un rotundo éxito debido al esfuerzo y participación de todos.

Muchas gracias.

FRANCISCO J. BUENO CAÑIGRAL  
*Coordinador General  
Programa Municipal de Drogodependencias*



**AJUNTAMENT DE VALENCIA**  
CONCEJALIA DE SALUD Y CONSUMO



PROGRAMA MUNICIPAL DE  
DROGODEPENDENCIAS

¿DROGAS?

NO



NO EN

PLA:  
DROGC.

A

j  
042

a  
DOO