

# CARTAS AL EDITOR

## Despenalización del dopaje y salud pública

*Señor editor:* Los frecuentes casos de dopaje en el deporte imponen analizar las implicaciones de éste en el ámbito de la salud pública, teniendo en cuenta que en muchas prácticas fraudulentas se ven involucrados actos de elaboración, transformación y tráfico de sustancias potencialmente nocivas, e implicadas redes de comercialización y distribución de las mismas.

La magnitud del fenómeno es algo que corresponde analizar a sociólogos y epidemiólogos, pero sabemos que no se trata de algo esporádico. Los ingentes recursos económicos que dedican estados y organismos internacionales a su persecución son un buen indicador de su alcance. Breivik<sup>1</sup> ha verificado la probabilidad, potencialmente alta, de que muchos deportistas se dopen, siendo la tendencia creciente.

Para dimensionar la cuestión habría que subrayar el carácter convencional de los listados de sustancias y prácticas prohibidas para proteger la salud de los deportistas y ponerlo en relación con los riesgos para la salud que conlleva la propia práctica deportiva de alto rendimiento. Sería interesante analizar los discursos oficiales sobre los valores del deporte y, particularmente, las normativas internacionales antidopaje, muchas de cuyas disposiciones quebrantan el derecho de presunción de inocencia.

En todo caso, tales discursos y normativas no parecen disuadir a aquellos deportistas fuertemente coercidos a incrementar sus resultados. Tampoco se observa una reducción del dopaje en las nuevas cohortes de deportistas tanto de niveles intermedios como de alto nivel. Puede consultarse, al respecto, el estudio reciente de Pitsch & Emrich.<sup>2</sup>

Desde la perspectiva de la salud pública, es preciso alertar de que los riesgos sanitarios inherentes a los consumos dopantes se incrementan por la clandestinidad de los actos de elaboración, transformación, tráfico y administración; riesgos que pueden ser tanto más elevados cuanto más bajo es el nivel del deportista, puesto que dispondrá de menos medios de control de sus consumos y de su propio estado de salud, pero no de menos estímulos para doparse.

La industria deportiva es creciente; los incentivos que tienen los deportistas para alcanzar el éxito, también. Pensar que se pueden erradicar las prácticas de dopaje con publicidad y persecución es una ilusión cuyos efectos pueden ser, a largo plazo, indeseables. A este respecto, una regulación del dopaje encaminada no a la persecución sino al control sanitario de los deportistas y sus consumos, a la administración controlada pericialmente y no clandestina de los mismos, reportaría resultados más alentadores en términos de salud pública. Las inversiones ahora destinadas a la persecución del fraude serían unos recursos valiosísimos para

un emprendimiento tal. Éste exigiría la consideración del deporte como una profesión de riesgo con todo lo que eso supone no sólo desde el punto de vista jurídico sino, sobre todo, desde el punto de vista cultural: exigiría un tratamiento más objetivo y desapasionado del significado que los poderes públicos otorgan al deporte.

Miguel Vicente Pedraz, D en C de la Act. Fis. y Dep.<sup>(1)</sup>  
mvicp@unileon.es

<sup>(1)</sup> Universidad de León, España.

## Referencias

1. Breivik G. Doping Games: A game theoretical exploration of doping. *Int Rev Sociol Sport* 1992; 27(3):235-253.
2. Pitsch W, Emrich E. The frequency of doping in elite sport: Results of a replication study. *Int Rev Sociol Sport* 2012; 47: 559-580.

## A propósito de “Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas”

*Señor editor:* En el último número de su revista correspondiente al año 2012, hemos leído con atención el artículo que se titula *Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características*

clínicas y epidemiológicas.<sup>1</sup> Al ser un tema ampliamente desarrollado en la literatura científica y de gran trascendencia social, nos gustaría aportar nuestra experiencia en la provincia de Granada, España.

La intención inicial es reforzar la idea que apuntan los autores sobre *las prisiones como reservorio de tuberculosis*, pues numerosos estudios han demostrado que las condiciones de hacinamiento en las instituciones penitenciarias y el perfil demográfico de los residentes favorecen la propagación de enfermedades infecciosas.<sup>2,3</sup>

También queremos hacer hincapié en la realidad que supone la tuberculosis como problema de salud pública en España y otros países europeos: según los últimos datos publicados en nuestro país, la tasa de incidencia nacional para el año 2009 fue de 1.9 enfermos por cada 1 000 internos, cifra muy superior a la registrada en la población general (0.15 por cada 1 000 habitantes<sup>4</sup>). La infección por VIH se identificó como el principal factor de riesgo para padecer tuberculosis en el ámbito penitenciario (42.5%), coincidiendo además con ser o haber sido usuario de drogas inyectadas (37.5%). Es más, sabemos que 95% de los casos de tuberculosis en prisiones se detectaron en varones.<sup>5</sup> Concretamente, en la provincia de Granada la tasa de incidencia para el año 2009 fue de 2.16 enfermos por cada 1 000 internos. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, el hecho de que el 50% de los enfermos de tuberculosis tuvieran una coinfección con VIH fue también un agravante.

Por otro lado, sabemos que el sistema de cribado de tuberculosis en el ámbito penitenciario español es una herramienta útil y eficaz para la detección, vigilancia y control de la infección/enfermedad en este medio. Es decir, en España, según el *Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas*, el diagnóstico y la detección precoz de la enfermedad tuberculosa se basan en la sospecha diagnóstica, la búsqueda activa de casos y el estudio de contactos. Por tanto, parece obvio plantear como medida

preventiva, la realización de la prueba de la tuberculina en el primer mes a todos los ingresados por primera vez en la prisión.<sup>6</sup> Con esta metodología se previene la transmisión del bacilo entre los residentes y en la comunidad extrapenitenciaria, ya que es habitual que los reclusos reciban visitas del exterior, estén sometidos a regímenes abiertos o cumplan penas de corta duración.

Tras todo lo expuesto, se puede deducir que merece la pena resaltar la importancia de una buena coordinación necesaria y estricta entre los servicios de salud pública y los equipos de sanidad penitenciaria. Este nexo permite un adecuado seguimiento del recluso cuando está en libertad y favorece una buena adherencia al tratamiento antituberculoso/quimioterápico.<sup>7</sup>

En definitiva, lo que pretendemos con esta carta es destacar que el estudio de la tuberculosis en este contexto requiere una especial atención y preocupación por parte de las autoridades sanitarias. La detención de la cadena de transmisión debe hacerse con la mayor rapidez y eficacia posible. Es fundamental, a nuestro juicio, reforzar los programas de cribado en las prisiones y coordinar rigurosamente la labor profesional de la sanidad penitenciaria y la extrapenitenciaria con los recursos disponibles. Estamos seguros que esta vigilancia y control de la infección favorecerán la contención del *Mycobacterium tuberculosis*, de especial interés en el ámbito penitenciario por los factores de riesgo de los reclusos y la estructura de las prisiones.

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Maria Fernández-Prada, MD,<sup>(1)</sup>  
mfdezprada@urg.es,  
mariafdezprada@gmail.com

Bárbara Martínez Romero, MD,<sup>(2)</sup>

Silvia Martínez-Diz, MD,<sup>(2)</sup>

Manuel Carlos Del Moral Campaña, MD.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España

<sup>(2)</sup> Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud,

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.  
Granada, España

<sup>(3)</sup> Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada, España

## Referencias

- Hernández-León C, Badial-Hernández F, Ponce de León A, Sierra-Madero JG, Martínez-Gamboa A, Crabtree-Ramírez B, et al. Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. *Salud Publica Mex* 2012;54:571-577.
- García-Guerrero J, Marco Mouriño A, Sáiz de la Hoya Zamácola P, Vera-Remartínez EJ. Multi-centre study on the prevalence of latent TB infection among inmates in Spanish prisons. *Rev Esp Sanid Penit* 2010;12:79-85.
- Hussain H, Aktar S, Nanan D. Prevalence of and risk factors associated with Mycobacterium tuberculosis infection in prisoners, North West Frontier Province, Pakistan. *Int J Epidemiol* 2003; 32:799-801.
- Organización Mundial de la Salud. Perfil de tuberculosis en España 2011. Ginebra: OMS, 2012 [Consultado 23 01 2013]. Disponible en: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO\\_HQ\\_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=ES&outtype=html&LAN=ES](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=ES&outtype=html&LAN=ES)
- Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Características de los casos de tuberculosis en instituciones penitenciarias registro de casos 2009. *Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias* 2011;16:8.
- Ruiz Rodríguez F, López Palacio G, Antón Basanta JJ, Arroyo Cobo JM, Caminero Luna J, Caylá Buqueras J, et al. Documento de Consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas (resumen). *Rev Esp Sanid Penit* 2010; 12:64-78.
- Caylá JA. Control de la tuberculosis: coordinación entre la sanidad penitenciaria y la comunidad. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2:66-67.

## Respuesta de los autores

*Señor editor:* Coincidimos completamente con la doctora Fernández Prada y colaboradores en el sentido de que la vigilancia constante y la detección oportuna de los casos de tuberculosis dentro del ambiente penitenciario es una pieza fundamental para el manejo y contención de la enfermedad. Las tasas encontradas en nuestro estudio, publicado oportunamente en la

revista *Salud Pública de México*, dan fe del grave problema que este padecimiento representa. Valdría la pena constatar que en el artículo, la vigilancia se llevó a cabo en pacientes coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana y no pretendía llevar a cabo una búsqueda intensiva de más casos de tuberculosis en los habitantes de la institución penitenciaria. Aún así, el problema es grave y podría ser sólo un revelador de una situación todavía más compleja. Más aún, como se hace énfasis en nuestra serie, uno de los problemas al que se enfrenta el programa de control de tuberculosis, dentro y fuera de la prisión, es la referencia de los casos cuando éstos abandonan el penal. Consideramos que este hecho debe llamar la atención de las autoridades sanitarias para que en el futuro, y aun cuando estamos conscientes de que esto pudiera ser una situación infrecuente, se asuman políticas más claras de referencia de los pacientes a fin de que terminen de forma satisfactoria su tratamiento y con ello impedir fallas terapéuticas, recaídas o recurrencias, así como evitar transmisión entre los contactos de los reclusos liberados.

Atentamente

Dr. José Sifuentes Osornio  
 Director de Medicina  
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas  
 y Nutrición "Salvador Zubirán"  
 Ciudad de México

### Leishmaniasis tegumentaria: una enfermedad olvidada

*Señor editor:* hemos visto con mucha preocupación un aumento en la incidencia de leishmaniasis tegumentaria en la región Madre de Dios, Perú.

Cabe recordar que la leishmaniasis prevalece actualmente en 88 países y afecta a un estimado de 12 millones de personas. La leishmaniasis tegumentaria

es endémica en 82 países del total donde esta enfermedad se transmite.<sup>1</sup>

En América Latina, la leishmaniasis muestra incrementos sostenidos en varios países, como Bolivia, Colombia, Perú<sup>2</sup> y Brasil.

Perú se encuentra dentro de aquellos que suman el 90% de todos los casos en el ámbito mundial<sup>1</sup> tanto a nivel de leishmaniasis cutánea como de la forma mucocutánea,<sup>3</sup> lo que la constituye en una enfermedad endémica que representa un problema de salud pública que afecta a 19 de sus 24 regiones.<sup>4</sup>

A lo largo de estos últimos años los datos estadísticos publicados por el Ministerio de Salud de Perú sobre la región Madre de Dios muestran variabilidad en el incremento de los casos de esta enfermedad, la cual tiende a un aumento cíclico. Pero a la vez la información que se posee está fragmentada debido a la geografía selvática que dificulta un sistema de comunicaciones rápido; a la carencia de estudios epidemiológicos con el consecuente alto nivel de subregistro y a la falta de recursos económicos de los sistemas de salud, tanto para abarcar un registro adecuado de todos los casos como para establecer políticas de salud destinadas a prevenir y reducir el número de casos en los grupos poblacionales de riesgo.

Asimismo, se han identificado varios determinantes que explican este incremento de casos: desde migraciones masivas, nuevos esquemas de irrigación y deforestación, hasta riesgos individuales como la infección con el VIH, malnutrición, aspectos genéticos, etc.<sup>5</sup>

Debido a esta problemática, el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma se encuentra desarrollando un proyecto piloto con el objetivo de realizar la georreferenciación de esparcimiento de leishmaniasis asociada a procesos climáticos, migratorios y socioeconómicos de la región Madre de

Dios con la finalidad de incentivar a las diferentes autoridades de salud de la región a buscar nuevas estrategias a fin de mejorar la debilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica, principalmente en las comunidades nativas y la disponibilidad de recursos económicos para aumentar la cobertura de tratamiento en las comunidades más alejadas y de esta manera colaborar a disminuir la incidencia de la enfermedad en la población de la zona.

V. Ronceros-Mayorga, MC,<sup>(1,2)</sup>  
 José Antonio Grández Urbina MC,<sup>(1,2)</sup>  
 jagrandez@gmail.com

<sup>(1)</sup> Facultad de Medicina Humana,  
 Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

<sup>(2)</sup> Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas,  
 Lima, Perú.

### Referencias

1. World Health Organization. Report of the consultative meeting on cutaneous leishmaniasis. Geneva, WHO Headquarters, 30 April to 2 May 2007. Neglected Tropical Diseases. Innovative and Intensified Disease Management. Leishmaniasis Control Programme [citado 1 Jun 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/leishmaniasis/resources/Cutaneous\\_leish\\_cm\\_2008.pdf](http://www.who.int/leishmaniasis/resources/Cutaneous_leish_cm_2008.pdf).
2. Davies CR, Reithinger R, Campbell-Lendrum D, Feliciangeli D, Borges R, Rodriguez N. The epidemiology and control of leishmaniasis in Andean countries. *Cad Saúde Publica* 2000; 16:925-950.
3. De Almeida S, Camargo, Aranha L. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. *Rev bras epidemiol.* 2004; 7(3): 328-337.
4. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programa de Control de Enfermedades Transmisibles. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores. Norma Técnica de Salud para la Atención de la Leishmaniasis en el Perú. Lima 2006:1-72.
5. Análisis y tendencia de la leishmaniasis en el Perú: Situación hasta agosto de 2012. *Bol Epidemiol (Lima)*. 2012; 21 (37): 600-603.