

Teleasistencia en el ámbito penitenciario.

About telecare in the prison.

SampAEN (*)

Actualmente en España existen dos establecimientos psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), los de Alicante y Sevilla, y un Módulo de Discapacitados de Segovia y otros dos destinados a tal fin en los Centros Penitenciarios de Estremera (Madrid) y Quatre Camins (Barcelona). Estos tres Departamentos tendrían el carácter de “Centro educativo especial” como se refiere el art. 101.1 CP (1).

También hay una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria dependiente de la Generalitat de Catalunya (anexo del Centro Penitenciario de Can Brians). El País Vasco tiene un régimen no penitenciario, derivado del convenio existente con la Unidad de Psiquiatría Legal del Hospital Aita Menni de Arrasate-Mondragón (hospital privado) en Gipuzkoa y un vínculo organizativo con la Red de Salud Mental de cada territorio, al estar transferidos sus equipos sanitarios a Osakidetza, el Servicio Vasco de Salud. Algo similar ocurrirá en Navarra, donde próximamente los profesionales sanitarios del C. P. Pamplona I quedarán integrados en Osasunbidea, el Servicio Navarro de Salud, al quedar transferidas las competencias en sanidad penitenciaria.

Las transferencias a las comunidades autónomas favorecen poder tener dispositivos sanitarios de calidad para la población reclusa, así como un mejor seguimiento en el sistema público de po-

sibles patologías que precisen de continuidad en la atención.

La Administración penitenciaria en las últimas décadas se ha mostrado inadecuada para la gestión de la atención e internamiento psiquiátrico penal. Por esto, y al margen del mandato legal para traspasar a las CC.AA. las competencias sobre sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) (1), incumplido salvo en los casos de Cataluña y el País Vasco, parece que lo más oportuno sería traspasar a dichas Comunidades las competencias en sanidad penitenciaria, es decir, la gestión de las medidas de seguridad y las de carácter sanitario en una población interna en los C.P. considerable.

Con cierta frecuencia oímos cuestionar que las prisiones no están equipadas para abordar todo lo que rodea al Covid-19 viendo las dificultades de una atención sanitaria adecuada, con asistencia y cuidados, con oferta de opciones a las restricciones de movilidad, garantizando derechos de las personas presas y de sus familiares, así como evitar que la pandemia suponga más aislamiento y lejanía de sus seres queridos.

Ya algunos servicios de atención comunitaria, aunque de modo ocasional, habían puesto en marcha consultas de teleasistencia, grupos de terapia y apoyo online a disposición de algunos

(*) Grupo SampAEN (Salud mental en prisión de la AEN): Jose M. López, Iñaki Markez, Pilar Casaus, Enrique Pérez, Ana Gordaliza, Pilar Ventosa, Virginia Pareja, Mariano Hernández, M^a Asun de Concepción, María Fuster.

pacientes. Sin olvidar la disponibilidad de historias clínicas y recetas electrónicas, o interconsultas no presenciales accesibles a diversos especialistas, sobre todo médicos de familia, esto de modo más generalizado. El salto a la asistencia telefónica y a la asistencia por videoconferencia da más riqueza, es generalizada esta opinión. Muchos profesionales alegan que si llaman por teléfono no saben quién está al otro lado ni con quién está el paciente, y no hay feedback de la comunicación no verbal.

Durante esta pandemia del coronavirus (COVID-19), en los sitios web de la OPS y la OMS, y en sus orientaciones durante este período, se nos ha informado sobre las teleconsultas como una herramienta segura y efectiva para evaluar casos sospechosos y guiar el diagnóstico y el tratamiento pacientes, minimizando el riesgo de transmisión de la enfermedad (2), incluso para reducir las visitas innecesarias a algunos servicios.

Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)

Es sabido que la mayoría de los Centros de Salud Mental (CSMs) son consultorios de forma predominante. Son servicios en los que se administran consultas de evaluación, diagnóstico y seguimiento a la mayoría de los pacientes, una tarea realizada por psiquiatras, personal de enfermería y, en menor medida, psicólogas y trabajadoras sociales. Consultas para pacientes que son crónicos no psicóticos (trastornos leves y moderados con síntomas ansiedad, somáticos, del humor, etc.) en su mayoría... junto a los psicóticos de toda la vida (agudos y crónicos), los trastornos depresivos graves, las adicciones y los trastornos severos de personalidad. Sin olvidar la importancia de programas transversales como, por ejemplo, el de prevención de riesgo suicida. Todo esto se traslada al ámbito penitenciario con sesgos notorios, observando prevalencias notorias de patologías habituales (adicciones, trastornos de personalidad, trastornos depresivos...) con la peculiaridad de la escasez de recursos sanitarios cualificados.

Debido a la pandemia COVID-19 muchos de los centros comunitarios, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental mantienen una atención presencial muy limitada. Y si se abren a las ne-

cesidades de su comunidad pronto quedan desbordados. Parece que esta situación puede durar aún bastante tiempo, generando costumbres y tendencias cercanas a una precaria atención asistencial.

Durante y tras la pandemia, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) verán ampliadas sus aplicaciones en el campo sanitario y también en la Salud mental tras conocer la capacidad y utilidades de la atención psiquiátrica a distancia. Desde hace años, en el campo de la Salud mental hemos conocido y se han puesto a disposición de usuarios y profesionales diversas modalidades de psicoterapia, cognitivo-conductual por Internet (TCCI) preferentemente, líneas de terapia computarizada, o videojuegos y robots para el tratamiento de algunas fobias (3).

No obstante, en la mayor parte de los casos es inapropiado llamar *telepsiquiatría* a lo que hemos realizado en estos meses pasados. Lo que se ha hecho en casi todas partes han sido simples llamadas telefónicas y algunas ocasionales videoconsultas. Se han utilizado algunos programas de reunión a distancia (Zoom, Jitsi meet, Google meet, WhasApp...) para contacto entre profesionales. Sí existen desde hace tiempo y también en este periodo consultas y terapias en el ámbito privado. Hemos de admitir que la mayoría de los servicios aún no tienen a su disposición TICs desarrolladas al carecer de infraestructura tecnológica y desconocemos si estarán implementadas en un futuro próximo.

Precisamos conocer las ventajas e inconvenientes. ¿Pueden ayudar las TICs y cómo?, ¿a mejorar y hacer más accesibles la atención y los cuidados que necesitan? ¿Para qué tipo de personas y en qué situaciones? Y, por el contrario, ¿Con quién y cuándo deberían ser incluidas y excluidas? La evidencia disponible habla de la efectividad de la telepsiquiatría en el tratamiento de muchas patologías psiquiátricas, con pacientes muy diferentes y en contextos distintos. Abundantes ensayos clínicos y revisiones han puesto de manifiesto la efectividad de este abordaje frente a la consulta presencial, ante la que no desmerece siempre que se respeten determinadas condiciones técnicas de calidad y adecuación clínica (4). Sin embargo, poco se habla de los inconvenientes. Cabe señalar que la evidencia disponible

poco o nada dice de seguimientos a largo plazo que comparen eficacias en terapia virtual versus presencial o de los efectos adversos posibles, y que las muestras empleadas en la mayoría de estudios son heterogéneas y pequeñas, por lo que su generalización al ámbito clínico-asistencial es aún una incógnita. Por otro lado, las cuestiones éticas del uso de la modalidad telemática de atención son muy variadas y abarcan distintas cuestiones que habría que explorar para no hacer un uso ingenuo de las mismas (5).

La teleasistencia debe ser considerada, más ahora, cuando la alternativa es la no atención o la atención deficitaria y ocasional, pues facilita la accesibilidad y es preferida por algunos pacientes, aunque esta sea una cuestión compleja. Desde una perspectiva ética o desde una perspectiva práctica debemos reflexionar sobre ella, no aceptarla o rechazarla a la ligera. Partiendo de que se trata de tecnologías complementarias, no sustitutivas. Hay que entenderlas como instrumentales, no como alternativas absolutas.

En los Centros Penitenciarios

La Sanidad Penitenciaria, con un modelo asistencial que quedó en crisis, mostró que la Administración penitenciaria no era la adecuada para gestionar estos dispositivos, sobre todo, por carecer de recursos. No hay dotación de personal especializado y el sistema organizativo y funcional de los centros psiquiátricos penitenciarios está alejado de las necesidades tanto de los profesionales de la salud mental como de los usuarios de los mismos. Además, las características de los establecimientos, con un modelo de grandes establecimientos que hace tiempo fue superado. Hace años que los referentes en otros países europeos se orientan hacia pequeñas unidades de 20 camas o menos, con personal especializado y con un modelo asistencial orientado a generar vínculos con los dispositivos comunitarios.

La atención sanitaria especializada a la población reclusa tiene problemas específicos: retrasos excesivos en las consultas, débil comunicación entre especialistas de los hospitales de referencia y médicos de las prisiones, incomparecencias a citas programadas o dificultad logística de seguridad y privacidad en el traslado al hospital. La telemedicina ofrece oportunidades que reducen

dificultades en la prescripción de uso hospitalario y en las barreras geográficas, mejoran el acceso equitativo a la atención sanitaria especializada, garantizan la continuidad de la atención entre diferentes ámbitos asistenciales, mejoran problemas organizativos (tiempo, horarios de citas, evita las medidas de seguridad de los traslados, asegura la privacidad de los internos...). Esta tecnología mejora la comunicación, coordinación y los vínculos del ámbito hospitalario (atención especializada) y penitenciario (atención primaria), al tiempo que facilita la formación continuada. Además, algunos estudios apuntan que su utilización en áreas alejadas del especialista es una opción coste-efectiva. Se trata de atender mejor las necesidades de consultas externas y urgencias de internos enfermos, con un impacto favorable organizativo, económico y de calidad percibida. Todo esto sin olvidar que su uso también puede generar nuevas desigualdades por “brecha digital” y que supone asumir cambios en algunos aspectos de la relación (desaparición de la presencia física y abstracción del contexto situacional concreto), que pueden modificar la información reportada en el encuentro entre clínico y paciente para la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Volviendo a la cuestión de la comunicación en este período de pandemia y en los tiempos venideros, si nos fijamos en la Guía sobre “Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus y para el próximo período” editada por la AEN a finales de abril de 2020 (6), sobre las medidas destinadas a la comunicación señalábamos:

- Se debe garantizar el derecho a la información por parte de las personas presas y sus familias. Esa información debe dirigirse, en primer lugar, a que los internos tengan conocimiento actualizado y accesible del desarrollo de la pandemia y de las medidas adoptadas, a nivel general y, en particular dentro de las prisiones, para prevenir y contener su propagación. Como señala la OMS en su *Guía provisional sobre Preparación, prevención y control del COVID19 en las prisiones y otros lugares de detención* dado que actualmente no existe vacuna alguna para prevenir el COVID-19, todas las personas que están en las prisiones y centros de detención, tanto el personal como los

internos, deben tener un conocimiento amplio de las estrategias de prevención como las medidas higiénicas, la necesidad de cubrir la tos y los estornudos, la necesidad del distanciamiento físico (al menos un metro) así como de los síntomas para poder estar alerta ante su posible aparición. Pero esa información también debe estar dirigida a facilitar un rápido conocimiento de la situación sanitaria de sus familiares y, de la misma manera, se debe garantizar una información rápida y clara de la salud de los internos a los familiares que están en el exterior.

- Se debe garantizar en todas las cárceles la comunicación de las personas presas con sus familiares y personas allegadas del exterior o presas en otras cárceles para lo que es necesario que se garantice la gratuidad de las llamadas telefónicas. Así mismo, es necesario que en todas las cárceles se garantice esta comunicación también mediante video conferencia, igualmente de forma gratuita, y pudiendo preavisar a las personas del exterior con antelación suficiente para que las mismas se puedan llevar a cabo.
- Deberán retomarse, al menos y cuanto antes, las comunicaciones por cristales, las más habituales todos los fines de semana durante 40 minutos, de las personas presas con sus familiares y personas allegadas. Es incómoda, se grita para poder entenderse y con frecuencia el calor y el olor es denso en esos espacios. Será necesario adoptar las medidas sanitarias oportunas, de higiene, ventilación, mayor espacio... Además, será importante autorizar el desplazamiento de las familias y personas allegadas a las cárceles de dentro y de fuera de su provincia para realizar las comunicaciones.

Hace años, ya en mayo de 2015, los medios de comunicación anunciaron que la telepsiquiatría era una alternativa para atender la salud mental en zonas rurales y en las cárceles. Ahora, las limitaciones impuestas a raíz de la crisis del coronavirus, provocaron el aumento de tensión en los centros penitenciarios que derivaron en conflictos. Para aliviar la presión, por ejemplo, la Generalitat impuso un plan para permitir a los presos contactar con sus familiares por videollamada. Instaló un programa gratuito (Jitsi meet) que permitía a los internos contactar por videoconferencia con sus familiares en el exterior me-

dante teléfono móvil, ordenador o tableta. Otro sistema para el contacto con los familiares son las videoconferencias vía Whatsapp, con teléfonos móviles a repartir entre los equipamientos penitenciarios y los de justicia juvenil.

A principios de noviembre pasado saltó la noticia: las prisiones españolas contarán en 2021 con cabinas con teléfonos con imágenes para que los internos puedan hacer videollamadas y ver a sus familiares mientras se comunican, una práctica ya iniciada en algunas cárceles con motivo de la pandemia. Fue anunciado por el director de Instituciones Penitenciarias, durante su comparecencia en la Comisión de Interior del Congreso para dar cuenta de los Presupuestos de 2021. La instalación de las cabinas de videoconferencias, dijeron que comenzaría en diciembre en 12 cárceles, ya ha comenzado como experiencia piloto en los centros penitenciarios de Burgos, Brieva (Ávila), Madrid IV (Navalcarnero) y Cáceres. Permitirá realizar videollamadas, llamadas convencionales y dejar mensajes de voz. Asimismo, se habían adquirido 30 nuevos equipos de videoconferencia para evitar el traslado de presos a sedes judiciales y hospitales y 500 equipos informáticos para facilitar la labor de los funcionarios.

Precisamente la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias decidió suspender los permisos y las comunicaciones especiales, como los *vis a vis* (familiares o íntimos), en todas las cárceles, salvo en las de Canarias y Baleares, por la alta incidencia del coronavirus. No solo quedaron suspendidas las comunicaciones especiales de los internos reguladas en el artículo 45 del Reglamento Penitenciario (comunicaciones familiares, íntimas y de convivencia) también se restringieron las comunicaciones por locutorio al 50% con dos comunicaciones por interno como máximo y todos los días de la semana. Suspendidos también los permisos de salida y las salidas programadas de los internos.

Vistas las consecuencias con la población penitenciaria durante la pandemia, parece obligada la tendencia hacia el uso de la videoconferencia en diferentes campos. Para la práctica de algunas actuaciones judiciales, donde uno de los sujetos que intervienen en la comunicación (el sujeto pasivo del proceso penal) está interno en un centro penitenciario como preso preventivo o

como penado, mientras que otros intervinientes (juez, fiscal, abogados, testigos, peritos, etc.) se encontrarían fuera del mismo.

Sin embargo, su uso para otros fines es prácticamente inexistente, a pesar de que puede ser muy adecuado para por ejemplo, facilitar las comunicaciones entre el interno y sus familiares, para que se le preste al interno asistencia médica, o para las comunicaciones por videoconferencia de los internos con el abogado defensor o con el abogado expresamente llamado en relación con asuntos penales, lo que contribuiría a garantizar el ejercicio del derecho a la defensa y a la asistencia de letrado que, aunque no está prevista en la normativa penitenciaria, pudiera entenderse necesaria (7), mejorando la preparación de las actuaciones judiciales y dando facilidades a abogados para trabajar y concertar reuniones sin depender de desplazamientos a prisiones quizá lejanas. Esta técnica requiere, con mayor ahínco si cabe en el ámbito penitenciario, garantizar la confidencialidad y seguridad, que las comunicaciones sean seguras, no intervenidas u oídas por alguien ajeno a ellas, y evitar la desconfianza de revelar datos sensibles. Una sala de la videoconferencia debe estar dotada de un sistema de intercomunicación que impida que el funcionario o personas ajenas oigan una conversación privada.

Es necesario adoptar medidas de forma que la intervención en la videoconferencia por un familiar o un profesional sanitario, desde su centro sanitario o cualquier otro lugar donde se encuentre, y que existan recursos materiales y humanos que permitan que la periodicidad y duración de este tipo de comunicaciones no sea vea lastrada por la falta de equipos. La gratuidad del sistema para el interno, contribuirían enormemente al uso de la videoconferencia en las comunicaciones de los internos.

Al tiempo, desde la salud debemos tener una visión ética que se traslada a la práctica asistencial. Es preciso dejar claros los principios éticos acompañantes:

- *Equidad*. Los internos con trastornos psíquicos deben tener garantizada una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población sin ninguna discriminación por razón de su situación jurídica.

- *Confidencialidad*. La información adquirida como una consecuencia del ejercicio de la profesión en el área de la salud debe ser, en principio, considerada sigilosa.

- *Privacidad*. Responsabilidad institucional de mantener informaciones confidenciales y privilegiadas, velando por la seguridad de sus archivos (informatizados o no) y de las historias clínicas, más allá de los profesionales de la salud.

Además de tener presentes en cualquier circunstancia la fidelidad, garantizar los derechos fundamentales, no dañar, proporcionar iguales oportunidades o la autonomía que reconozca la capacidad de tomar decisiones.

Finalmente recordar que los profesionales de la salud han de ser responsables de mantener este nivel ético y las pautas de adecuada práctica clínica en el cuidado de personas. Tanto en la prestación presencial como en la teleasistencia, como son los procesos de consentimiento, autonomía del paciente y privacidad.

Apoyo en las TIC

La digitalización de los cuidados va con retraso respecto a la digitalización de otros sectores. En la práctica se dan situaciones diversas: “¿Para qué quiero yo ese trasto?”, “¿Eso me va a controlar?”, “Es complicado, no sé utilizarlo”, “¿Esto es también para horarios fuera de consulta o del trabajo?”. En realidad, son preguntas de fácil respuesta y solución en ese camino de la transformación digital. Las limitaciones están, más bien, en las actitudes de profesionales y usuarios y, sobre todo, en la carencia actual de infraestructuras, no caras y sí rentables y necesarias.

Integrar la videoconferencia junto a otros sistemas y tecnologías está siendo una urgente necesidad de las organizaciones sanitarias ante las dificultades para retomar los modos de intervenir previos a esta pandemia. Careciendo de equipos de telemedicina, pero con seguridad electrónica de los datos pues ya existen plataformas para acceder a las historias clínicas electrónicas instaladas en los distintos sistemas de salud (8) y que permiten también el acceso a la prescripción electrónica.

Se precisa de un espacio de consulta, como ya existen habitualmente. Si se emplea la Teleasistencia (psicológica, psiquiátrica o por otro ámbito sanitario) deben garantizar la privacidad. El ámbito legal dispondrá de mecanismos como hojas de consentimiento informado, hojas que expliquen las garantías de privacidad y protección de datos, y manuales de conducta orientados a garantizar la calidad de la consulta y los derechos del interno a la privacidad y la protección de datos. Hay que asegurar la confidencialidad y la intimidad del interno de conformidad con la ética y una actitud de respeto ya que la intimidad del interno es clave.

En estas nuevas situaciones precisamos del apoyo en las TICs para los equipos que cuidan pues

- Permiten acceder a información, a contenidos de entretenimiento, formación, gestión de la salud y cuidados, o al contacto con las amistades y familiares, etc.
- Posibilitan activar apoyos de personas para el cuidado, activar en su acepción de informar, movilizar, conectar y organizar. Por ej. Grupos vecinales en el confinamiento sin relación entre sí se organizan para ofrecerse al vecindario.
- Conectan con el origen como con el pasado. Ofrecen a las personas migradas la posibilidad de retomar antiguos vínculos. Whatsapp como lugar de encuentro de las amistades de la escuela, de la antigua cuadrilla, de la fábrica o del pueblo...
- También hay sombras: Las TIC requiere de desarrollar un pensamiento crítico ante estas; o el riesgo de construir una identidad excesivamente digital, más en jóvenes.
- La cuestión de la *pobreza digital* limita la accesibilidad a los contenidos y a las herramientas y por ello a los vínculos.

Las nuevas tecnologías en la atención sanitaria han creado un recurso -la teleconsulta- que permite ejercer la telemedicina de manera eficiente asegurando tratamientos, realiza seguimientos, empodera a pacientes y disminuye los traslados de pacientes presos (9). La población reclusa, si enferma, puede beneficiarse de la telemedicina por las circunstancias de aislamiento que les ro-

dean y la difícil accesibilidad a la atención permanente en este ámbito.

Las videollamadas a poner en marcha o puestas ya por II.PP., primero para “minimizar y mitigar el impacto” en las personas presas de la prohibición de recibir visitas de sus familiares mientras dure la pandemia y, después, como recurso de intervención (video-consultas agendadas y otras actuaciones...) entre esas personas encarceladas y el personal sanitario, así como dispositivos de justicia, de trabajo social u otros centros comunitarios. Desde los dispositivos sanitarios y de salud mental (donde los haya) de las cárceles se pueden activar estas intervenciones. Donde ya existen ¿por qué no incorporarlo como recurso estable? Donde no existen ¿a qué se espera para tenerlo si son conocidas sus ventajas?

Las TIC, por sí solas, en su formato, pueden crear comunidades que cuidan; impensable que sin TIC se puedan gestionar comunidades que cuidan o sus propias intervenciones. Tenemos el reto de buscar fórmulas más equilibradas.

Las instituciones van lentas en la consecución de herramientas para la videollamada que supone un plus sobre la asistencia telefónica. La posibilidad de videollamada ha llegado un poco tarde, pero se va a quedar. Este sistema se mantendrá en aras de una mayor eficiencia y por la propia demanda de los pacientes, internos en las cárceles en este caso. No obstante, debemos seguir ofertando las diferentes posibilidades de asistencia para unos u otros momentos: consulta presencial, llamada telefónica y videollamada. Todo ello formará parte de la actualización en el sistema de justicia penal y en la sanidad penitenciaria, adecuándose a las necesidades y a una atención digna. Estamos en un proceso gestión de cambio hacia un modelo que combine la atención presencial y no presencial. La no participación en el mismo tendrá consecuencias importantes en la organización del sistema penitenciario a los nuevos tiempos.

Contacto

Jose M. López ✉ jmlsantin@gmail.com

Referencias

1. Barrios Flores LF. (2021). El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de salud mental*, Vol. XVII, nº 64.
2. OPS/OMS (2020). Teleconsulta durante una Pandemia. *Hoja Informativa* <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
3. Retolaza A. (2021). Sobre Telepsiquiatría. *Norte de salud mental*, Vol. XVII, nº 64.
4. Hubley S, Lynch SB, Scheneck C et als (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatr* 6(2): 269-282. <http://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v6/i2/269.htm>
5. López-Santín JM, Álvaro Serón P. (2018). Salud mental digital Una aproximación crítica desde la ética, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.*; 38(134): 359-379.
6. SampAEN, Markez I. (Coord.) (2020). *Guía “Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus y para el próximo período”*. Edita AEN, 29-4-2020.
7. Garcia Molina P. (2019). Las comunicaciones por videoconferencia de los internos con el abogado defensor o con el abogado expresamente llamado en relación con asuntos penales. *Rev. Bras. Direito Processual Penal*, vol. 5, nº3: 1219-1254.
8. Moreno P. (2020). *Consideraciones para uso de la Telepsiquiatría y Telepsicología durante la crisis del COVID-19*. Blog de Pedro Moreno en psiquiatria.com/bibliopsiquis <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/blog/consideraciones-para-uso-de-la-telepsiquiatría-y-telepsicología-durante-la-crisis-del-covid-19/>
9. Eron L. Telemedicine: The future of outpatient therapy? *Clin Inf Dis*. 2010; 51(S2): S224-230.

- Recibido: 15/11/2020.
- Aceptado: 27/12/2020.