

Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay

Macri Troya M*, Berthier Vila R**

* Dr. en Medicina. Especialista en Enfermedades Infecciosas. Pos Grado de la Maestría de Epidemiología del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Grado II titular del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, UDELAR.

** Dr. en Medicina. Pos Grado de la Maestría de Epidemiología del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Grado II titular del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, UDELAR. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay, UDELAR.

RESUMEN

Introducción: El objetivo del trabajo consiste en conocer la prevalencia de la infección por VIH y las conductas de riesgo asociadas en reclusos alojados en el Complejo Penitenciario de Montevideo en el año 2005.

Material y Método: Se analiza de prevalencia de la infección VIH y las distintas prácticas de riesgo en una muestra de 291 individuos abordada mediante un estudio serológico y entrevista personal a partir de un cuestionario estructurado.

Resultados: Se halló una prevalencia de 6.5% para la infección VIH en prisión. Las variables que demostraron ser factores de riesgo para la infección VIH en la prisión fueron: poseer antecedentes de haber estado en prisión ($p=0,009$; OR= 9,51; IC95%: 1,31-144,0), el haber tenido una pareja sexual VIH (+) en el pasado ($p=0,000025$; OR=7,87; IC95%: 2,58-23,9), el tener actualmente una pareja VIH (+) ($p=0,0013$; OR=14,24; IC95%:2,84-70,65), haberse inyectado drogas I/V ($p=0,0001$; OR=22,6; IC95%: 6,87-78,9), el haberse inyectado drogas I/V en la prisión ($p=0,03$; OR=4,93; IC95%: 1,10-22,81) y la práctica de compartir el material de inyección ($p=0,004$; OR=12,5; IC95%: 1,72-114,7).

Palabras clave: VIH, Infecciones por VIH, Prisiones, Prisioneros, Prevalencia, Asunción de riesgos, Estudio comparativo, Uruguay.

HIV INFECTION AND ASSOCIATED RISK BEHAVIOURS IN A PRISON IN MONTEVIDEO, URUGUAY

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study is to establish the prevalence of HIV infection and associated risk behaviours amongst inmates at the Montevideo Prison in 2005.

Materials and Methods: The prevalence of HIV infection and different risk practices were analysed in a sample of 191 individuals by means of a serological study and personal interview based on a structured questionnaire.

Results: A prevalence of 6.5% was found for HIV infection in prison. The variables that proved to be risk factors were: previous prison sentences ($p=0.009$; OR= 9.51; IC95%: 1.31-144.0), having had an HIV (+) sexual partner in the past ($p=0.000025$; OR=7.87; IC95%: 2.58-23.9), current relationship with an HIV (+) partner ($p=0.0013$; OR=14.24; IC95%: 2.84-70.65), intravenous drug use ($p=0.0001$; OR=22.6; IC95%: 6.87-78.9), intravenous drug use in prison ($p=0.03$; OR=4.93; IC95%: 1.10-22.81) and sharing needles ($p=0.004$; OR=12.5; IC95%: 1.72-114.7).

Key words: HIV, HIV Infections, Prisons, Prisoners, Prevalence, Risk-taking, Comparative Study, Uruguay.

INTRODUCCIÓN

La elevada transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA en prisión se ve favorecida por una serie de factores tales como: la alta proporción de personas drogodependientes entre los reclusos, el hacinamiento, la malnutrición, las pobres condiciones higiénicas, la pertenencia de los presos a grupos de población marginalizados, que son más vulnerables a enfermedades como la tuberculosis o el SIDA y prácticas de conductas de riesgo como las relaciones sexuales entre los reclusos o el compartir jeringas^{1,2}.

Compartir el material de inyección constituye una vía de transmisión muy eficaz. En EEUU y España, el consumo de drogas por vía intravenosa constituye el principal factor de riesgo para adquirir la infección por VIH^{3,4,5}. Un estudio sobre prevalencia de VIH y consumo de drogas intravenosas en una prisión de Escocia (Glenochil), reveló que un 25% de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs), comenzaron a inyectarse en prisión, y 25 a 30% de éstos, se infectaron con el VIH dentro de la cárcel⁶. Estudios realizados en España evidencian que la prevalencia de UDIs en la población penitenciaria oscila entre 22 a 38% según las regiones analizadas. La prevalencia de infección por VIH entre los UDIs, varía de 30 a 60%. Un estudio llevado a cabo en las cárceles de Castilla y León, en el año 1998, demostró una prevalencia de VIH del 12,5%, y la forma de contagio más importante fue el consumo de drogas por vía I/V (94,9%)⁷. Más de la mitad de los reclusos en las diferentes prisiones estudiadas manifestaron haber compartido material de inyección^{8,9,10}.

Entre las cárceles de hombres de todo el mundo, el contacto sexual es un fenómeno habitual. Una encuesta realizada en el año 1993 en Río de Janeiro indicó que el 73% de los reclusos hombres habían mantenido relaciones sexuales con otros hombres dentro de la prisión¹¹. Varios estudios llevados a cabo en Zambia, Australia y Canadá muestran cifras que oscilan entre 6 y 12%¹². Las relaciones pueden ser de común acuerdo, pero también pueden ser forzadas. En algunas cárceles la "violación", es un hecho habitual, a veces a manera de iniciación institucionalizada^{1,12}. El Bureau Federal de Prisiones en EE.UU. en 1982, reportó que el 30% de los reclusos federales habían tenido relaciones homosexuales durante su encarcelamiento, y entre el 9 a 20%, fueron víctimas de violación¹³.

El tatuaje, las autolesiones y las lesiones entre los reclusos, constituyen otras vías de transmisión de VIH en el medio carcelario. Es común la frecuencia de tatuajes realizados con equipos no estériles, lo que aumenta el riesgo de transmisión viral¹.

Otros factores que incrementan el riesgo de contraer la infección viral en el ámbito carcelario son: los antecedentes previos en prisión y el tiempo de permanencia en prisión, lo que supone una mayor probabilidad de exponerse a las distintas prácticas de riesgo^{1,12}.

La sociedad penitenciaria es muy violenta. Esta violencia puede expresarse de muchas maneras, entre ellas las lesiones autoinfligidas (cortes en miembros superiores como forma de protesta) y las lesiones entre reclusos con armas blancas caseras (cortes carcelarios). Este comportamiento conlleva un riesgo aumentado de transmisión por el virus del SIDA^{14,15}.

La infección por VIH se ha declarado en muchas prisiones del mundo, aunque hay pocos datos disponibles debido a diversos factores tales como el miedo a la discriminación hacia los seropositivos y la falta generalizada de confidencialidad en el ambiente carcelario, lo que dificulta la realización de la prueba de VIH, así como la negación por parte de las autoridades penitenciarias de la existencia de la infección por VIH y de sus factores de riesgo¹⁶. No obstante, en aquellos países donde la prevalencia de VIH en la población general se ha comparado con la de la población penitenciaria, en ésta se ha podido observar una prevalencia de hasta 75 veces mayor¹⁷. En EE.UU., la tasa de infección por VIH es seis veces más alta, tanto en prisiones federales y estatales que en la población general. Entre 20 a 26% de las personas que padecen la infección viral en EE.UU., han pasado en algún momento de su vida por el sistema correccional o penitenciario. Un estudio de seroprevalencia de VIH realizado en 1990 sobre 9.080 reclusos alojados en prisiones federales alcanzó el 4%^{18,19}.

En Brasil, se ha estimado una seroprevalencia entre el 14 y 15%. El Ministerio de Salud calcula que aproximadamente el 15% de la población carcelaria, alrededor de 150.000 personas, está actualmente infectada por el virus. Los epidemiólogos estiman que en las cárceles brasileñas mueren más personas de SIDA que por cualquier otra causa, incluida la violencia. Así cada año, unas 3.500 personas infectadas por el VIH salen en libertad del sistema de cárceles del Brasil^{20,21}.

En Argentina, el Servicio Penitenciario Federal que tiene a su cargo 6.880 reclusos alojados en la Capital Federal, informa que a fines del año 2002 la prevalencia era del 7%, aunque reconocen que puede ser mayor²². Un estudio llevado a cabo entre los años 2001 y 2002, demostró que la prevalencia de la infección vira superaba el 16%²³. La última notificación oficial en Uruguay sobre la prevalencia de VIH en la población carcelaria de todo el país data del año 1993, estimándose en un 6%. En el año 2003, de un total de 3.800 reclusos alojados en dependencias de la Di-

rección Nacional de Cárcels y Centros de Reclusión (DNCYCR), se habían notificado 120 casos de VIH/SIDA, lo que representó una prevalencia de 3%²⁴. Sin embargo, tal como ha sido expuesto anteriormente, las cifras de prevalencia de VIH/SIDA en cárceles de Argentina y Brasil son muy superiores a las nuestras, del orden de 16 y 14% respectivamente.

En nuestro país, de acuerdo a los datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, al 31 de diciembre del año 2008, la cifra de seropositivos alcanzó un total de 10.927 personas, lo que representa una prevalencia de 0,46%²⁵.

En Uruguay existen diversas modalidades de reclusión penitenciaria. La Dirección Nacional y Centros de Reclusión (DNCYCR), abarca los establecimientos de la Tablada, Penal de Libertad, Complejo Carcelario de Santiago Vázquez (COMCAR), Centro de Reclusión N° I (Tacoma) y Cárcel de Mujeres. Su área de influencia es el Departamento de Montevideo y la zona metropolitana, con una población de aproximadamente 1.300.000 habitantes. En el momento de la ejecución del presente estudio (año 2005) albergaba un conjunto de 3.800 individuos entre penados y procesados, lo que representa cerca del 53% de la totalidad de la población reclusa de todo el país (7.206). El Complejo Carcelario de Santiago Vázquez (COMCAR) constituye el centro de reclusión más grande del país, y contaba en ese entonces con un total de 2.835, siendo su capacidad locativa para 900.

El objetivo del presente trabajo consistió en conocer la prevalencia de la infección por VIH y las conductas de riesgo asociadas en el Complejo Penitenciario de Santiago Vázquez (COMCAR) en el año 2005, primer eslabón de la cadena que conduce a enfrentar la problemática de la transmisión de ésta y otras infecciones frecuentes en el medio carcelario. Esto nos va a permitir adoptar en el futuro, conductas para disminuir la propagación del virus en las prisiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre los meses de febrero y mayo del año 2005 se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el Complejo Carcelario Santiago Vázquez (COMCAR), el complejo carcelario más importante del país, que alberga entre un 40 y un 50 % de la población carcelaria del Uruguay, desde reclusos primarios con delitos menores, hasta delincuentes de extrema peligrosidad, de la capital como del interior, por lo que se puede considerar el Instituto Penal más representativo de los reclusos masculinos.

La población estuvo constituida por todos los reclusos alojados en el COMCAR, situado a unos 20 Kms del centro de Montevideo. Este establecimiento albergaba al momento del estudio 2.835 reclusos hombres distribuidos en seis (6) módulos. Para el cálculo de la muestra se tomó como prevalencia la última notificada a nivel nacional en la población carcelaria que es de 6% ($p=0,06$), con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 3% (0,03); si bien, lo más adecuado hubiera sido tomar una precisión de 1 ó 2%, motivos tanto operacionales como de disponibilidad de recursos, impidieron estudiar una muestra más elevada. Se aumentó el tamaño muestral en un 20% para evitar pérdidas: el número de sujetos estudiado fue de 291. Los individuos fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo aleatorio sistemático a partir del registro de reclusos en cada uno de los módulos en que está dividido el establecimiento penitenciario. De esta manera fueron seleccionados los individuos en forma proporcional, según la población alojada en cada módulo.

Se estudiaron las siguientes variables: Infección por VIH, nivel de instrucción, estado civil, antecedentes penales, módulo de alojamiento, consumo de drogas intravenosas en prisión, antecedentes de haber consumido fuera de prisión, compartir jeringas y agujas, relaciones homosexuales en prisión, penetración anal sin consentimiento en prisión (violación), pareja sexual VIH positivo, tatuajes realizados en la cárcel y lesiones autoinfligidas. La información se obtuvo de fuentes primaria y secundaria. La fuente de información secundaria utilizada fueron los registros de la División Jurídica del complejo carcelario. La información primaria se obtuvo a través de entrevista personal a cada recluso utilizando un cuestionario estructurado y precodificado, y en forma simultánea se realizó la extracción de 10 ml de sangre periférica para la prueba de ELISA, previo consentimiento. Los datos fueron recogidos por los autores del estudio. Debido a que los participantes del estudio podían tener más de una práctica de riesgo, éstas fueron todas registradas. Aquellos casos en los que previamente se documentó infección por VIH, fueron incluidos como infectados. De acuerdo al algoritmo habitual de diagnóstico de confirmación de VIH, se solicitó por parte del laboratorio una segunda muestra de sangre a todos aquellos reclusos que tuvieron una primera determinación reactiva o indeterminada para VIH. El personal de enfermería fue el encargado de extraer las muestras de sangre para el laboratorio. Cada muestra poseía un rótulo que correspondía al código numérico secuencial utilizado para el formulario de registro de los datos. Las muestras fueron analizadas en el Laboratorio del

Hospital Penitenciario. Las muestras que fueron reactivas por la técnica de ELISA, fueron enviadas para su confirmación al Laboratorio Central del Ministerio de Salud de Uruguay.

Cada recluso debió firmar un consentimiento informado para poder participar en el estudio. Se puso especial énfasis en la confidencialidad de los datos recabados, y se siguieron estrictamente las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos y en particular, los estudios llevados a cabo en personas privadas de libertad. (Ginebra, CIOMS, 1991).

La totalidad de los reclusos accedieron a participar en el estudio.

El análisis de los datos se realizó con el Programa Estadístico EPIDATA 3.1. Las medidas de resumen utilizadas fueron las razones, proporciones y tasas para las variables cualitativas. Se analizó la prevalencia de infección VIH y de las prácticas de riesgo estudiadas y sus correspondientes intervalos de confianza de 95%. Para la variable cuantitativa edad, se utilizaron las medidas de tendencia central: media y mediana y los percentiles como medida de dispersión. La asociación estadística se determinó mediante la Prueba de Chi cuadrado de Mantel y Haenszel y la Prueba exacta de Fisher cuando el número esperado en cada celda era menor a 5. El nivel de significación estadística fijado fue de 0,05 ($p < 0,05$). Para los fines del presente trabajo se consideró recluso expuesto, aquel cuya respuesta fue afirmativa para los factores de riesgo seleccionados. Se realizaron cálculos de Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza correspondientes, como estimador de riesgo en el grupo de reclusos expuestos.

Los resultados de las pruebas de VIH fueron entregados a cada uno de los reclusos participantes, así como a la Dirección del Servicio Médico Penitenciario.

RESULTADOS

La población estudiada se distribuyó en un rango de edades entre 18 y 74 años, con un notorio predominio del grupo etario correspondiente a los menores de 30 años. El promedio de edad de la muestra fue de 29,6 y la mediana fue de 27. En relación al nivel de instrucción, el 6,5% de la totalidad no sabe leer ni escribir, solo el 21% terminó la enseñanza primaria, el 8% finalizó la enseñanza secundaria completa, y el porcentaje más grande lo constituye los que empezaron secundaria y no la terminaron (37,5%). La variable estado civil muestra que la mitad de los presos son solteros y que sólo alrededor de un 15% pasaron por el registro civil, contando los casados, divorciados y

viudos. Los concubinos alcanzan un 32,4% de los registros.

Con respecto a las características carcelarias, cerca de los dos tercios de la población estudiada ha pasado más de un año en prisión. Más de los 67% de los reclusos alojados en COMCAR poseen antecedentes penales.

En relación a la infección VIH, de la totalidad de los reclusos encuestados, 15 tenían diagnóstico de seropositividad para el virus y 4 de las muestras de sangre tomadas a los 276 restantes, dieron positivo en la confirmación por Western-Blot, lo que arroja una prevalencia de 6,5% (IC 95%: 3,67-9,33) para el año 2005 en COMCAR. (Tabla I).

Tabla I. Distribución de reclusos según Serología para VIH. COMCAR. Año 2005

Serología para VIH	FA	FR%
Positivo	4	1.37
Positivo conocido	15	5.16
Negativo	272	93.47
Total	291	100

En la Tabla II se presentan las prevalencias (P) de los factores de riesgo agrupados, que fueron explorados en el estudio cuya respuesta fue afirmativa o negativa. Los que poseen mayor prevalencia son: haber estado más de un año en prisión ($P=68,04$), poseer antecedentes de haber estado en prisión ($P=67,35$), y realizarse tatuajes mientras está encarcelado ($P=59,11$). Le siguen haberse autoinfligido heridas cortantes ($P=37,80$), una forma de protesta muy extendida (casi 4 de cada 10). El antecedente de haberse inyectado drogas fuera de prisión constituye el siguiente factor de riesgo más frecuente ($P=15,12$), seguido de la variable "haber estado expuesto a una pareja sexual VIH (+)" ($P=10,65$), superando a la homosexualidad en prisión ($P=10,31$). Las prácticas que mostraron las prevalencias más bajas fueron: la violación dentro de la cárcel ($P=4,12$), tener una pareja VIH (+) en la actualidad ($P=3,43$), el consumo de drogas por vía I/V en prisión ($P=4,47$) y el compartir el material de punición ($P=3,09$).

A continuación se presentan los resultados obtenidos cuando las variables estudiadas fueron comparadas con la serología para VIH (+) como variable dependiente. Las variables que demostraron ser factores de riesgo para la infección VIH en prisión fueron: poseer antecedentes de haber estado en pri-

sión ($p=0,009$; $OR=9,51$; $IC\ 95\%:1,31-144,0$); el haber tenido una pareja sexual VIH (+) en el pasado ($p=0,000025$; $OR=7,87$; $IC\ 95\%: 2,58-23,9$); el tener actualmente una pareja VIH (+) ($p= 0,0013$; $OR=14,24$; $IC\ 95\%: 2,84-70,65$); haberse inyectado drogas I/V ($p=0,0001$; $OR=22,6$; $IC\ 95\%: 6,87-78,9$); el haberse inyectado drogas I/V en la prisión ($p= 0,03$; $OR=4,93$; $IC\ 95\%: 1,10-22,81$), y la práctica de compartir el material de inyección ($p=0,004$; $OR=12,5$; $IC95\%: 1,72-114,7$).

La investigación de las relaciones homosexuales

en prisión arrojó los siguientes resultados: ($p=0,12$; $OR=2,51$; $IC\ 95\%: 0,57-8,71$), la violación ($p=0,18$; $OR=3,06$; $IC\ 95\%: 0,30-16,18$), la edad menor a 40 años ($p=0,74$; $OR=0,87$; $IC\ 95\%: 0,22-3,94$), el nivel de instrucción menor a secundaria completa ($p=0,75$; $OR=1,74$; $IC\ 95\%: 0,25-75,5$), el ser soltero ($p=0,62$; $OR=0,79$; $IC\ 95\%: 0,28-2,20$) y el ser casado ($p=0,41$; $OR=1,85$; $IC\ 95\%: 0,40-7,44$), haberse realizado un tatuaje en prisión ($p=0,18$; $OR=2,02$; $IC\ 95\%: 0,65-6,69$), y cortes en prisión ($p=0,06$; $OR=2,4$; $IC\ 95\%: 0,85-6,87$). (Tabla III).

Tabla II. Distribución de reclusos según las prevalencias de Factores de Riesgo carcelarios en COMCAR. Año 2005

Prevalencias de factores de riesgo para la Infección VIH en prisión	FR %	I C (95%)
Haber estado más de un año en prisión	68,04	61,05 - 74,50
Antecedentes de haber estado en prisión	67,35	61,96 - 72,70
Se ha realizado tatuajes en prisión	59,11	53,46 - 64,76
Se ha cortado alguna vez en prisión	37,80	32,23 - 43,37
Antecedentes de consumo de drogas inyectables fuera de prisión	15,12	11,00 - 19,24
Ha tenido pareja VIH (+)	10,65	7,11 - 14,20
Ha mantenido relaciones sexuales con otros hombres en prisión	10,31	6,82 - 13,80
Consumo de drogas en prisión	4,47	2,10 - 6,84
Ha recibido penetración anal sin consentimiento	4,12	1,84 - 6,40
Tiene actualmente pareja VIH (+)	3,43	1,34 - 5,20
Compartir el material de punción	3,09	1,11 - 5,07

Tabla III. Distribución de los reclusos según las variables de exposición y serología positiva para VIH. COMCAR. Año 2005.

VARIABLES DE EXPOSICIÓN Y SEROLOGÍA VIH (+)	n	OR	IC 95%	Valor de p
Antecedentes de haber estado en prisión	196	9,51	1,31-144,0	0,009**
Tiempo de permanencia en prisión > a un año	198	0,31	0,11-0,88	0,011**
Haber tenido pareja VIH (+)	31	7,87	2,58-23,9	0,000025**
Tener actualmente pareja VIH (+)	10	14,24	2,84-70,65	0,0013*
Antecedentes de consumo de drogas por vía I/V	44	22,60	6,87-78,9	0,0001**
Consumo de drogas por vía I/V en prisión	13	4,93	1,10-22,81	0,03*
Compartir material de punción en prisión	9	12,50	1,72-114,7	0,004*
Edad menor a 40 años	251	0,87	0,22-3,94	0,74**
Nivel de instrucción menor a secundaria completa	266	1,74	0,25-75,5	0,75**
Estado civil casado	19	1,85	0,40-7,44	0,41*
Estado civil soltero	145	0,79	0,28-2,20	0,62**
Relaciones homosexuales en prisión	30	2,51	0,57-8,71	0,12*
Penetración anal sin consentimiento	12	3,06	0,30-16,18	0,18*
Tatuajes en prisión	172	2,02	0,65-6,69	0,18**
Cortes en prisión	110	2,40	0,85-6,87	0,06**

*Prueba exacta de Fisher **Prueba de χ^2 de Mantel-Haenszel

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la población estudiada no parecen diferir de la población reclusa mundial y regional. En el presente trabajo se puede observar que la edad es extremadamente joven, confirmando la tendencia finisecular de los encarcelados que se continúa en el presente siglo. El nivel de instrucción es otra característica que diferencia esta población de la población general, con más del 20% de reclusos que no finalizó la enseñanza secundaria, siendo la media nacional cercana al 10%. El porcentaje de analfabetismo alcanza al 6,5%. Con relación al estado civil, más de la mitad de la población estudiada es soltera (53%), los concubinos dan cuenta de más del 32% de la totalidad.

Con respecto a las características carcelarias, se observa que son muy pocos los llamados “presos nuevos”, lo que llama la atención para una cárcel que oficia de puerta de entrada al sistema. Asimismo, se constata que casi el 70% de la muestra ha pasado más de un año en prisión, así como un elevado número de reclusos con antecedentes penales, situación concordante con otros estudios²⁶.

En lo que se refiere a la infección VIH, cabe destacar que se registró una prevalencia de 6,5% en COMCAR en el año 2005, lo que demuestra que la prevalencia de la infección viral se duplicó en relación con la última notificada en dicho establecimiento, que fue de 3% en el año 2003, y con relación a la población general es de 14 veces más (0,46%). Este comportamiento puede atribuirse a diversos factores, entre los que se destacan el explosivo incremento de la población reclusa, una de cuyas posibles explicaciones pudo haber sido la grave crisis socioeconómica y financiera que sufrió nuestro país en el año 2002, hecho que condujo al colapso del sistema carcelario y en especial el establecimiento COMCAR, con el consiguiente hacinamiento, promiscuidad, falta de control de las autoridades en la regulación de la convivencia entre los reclusos, y al déficit de una infraestructura que permita condiciones higiénicas mínimamente adecuadas²⁴. Otros factores dignos de mención incluyen la ausencia de políticas públicas sanitarias dirigidas a esta población, que se caracteriza indiscutiblemente por su vulnerabilidad, su bajo nivel socioeducativo, proveniente en su gran mayoría de los estratos más pobres y marginales de la sociedad, lo que evidencia una inequidad en la calidad y cantidad de la asignación de los recursos en salud. Cabe agregar que, a la escasez de los recursos mencionados, se suma la total carencia de un modelo de atención dirigido a la educación, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, especialmente las de transmisión sexual.

Con respecto a los factores de riesgo explorados, se observó que el poseer antecedentes en prisión, haberse autoinfligido lesiones, y haberse practicado tatuajes en la cárcel constituyen los factores de mayor prevalencia. Otras prácticas que mostraron prevalencias menores fueron el antecedente de haber consumido drogas I/V, haber consumido drogas I/V en prisión, haber estado expuesto a una pareja sexual VIH (+), las relaciones homosexuales y la violación dentro de la cárcel. En relación a las relaciones homosexuales consensuadas, un estudio llevado a cabo en Brasil¹¹, demuestra que se trata de una práctica muy extendida superando el 70% de la población reclusa, en comparación con la prevalencia encontrada en nuestro estudio, levemente superior al 10%. Algo similar sucede con la práctica de la violación que fue de 4%, cifra muy por debajo de las reportadas en estudios realizados en EE.UU., donde las prevalencias halladas oscilan entre un 9 y 20%¹³. Este fenómeno podría explicarse por el hecho de que un porcentaje de las entrevistas haya sido realizada por una mujer, pudo no haber generado el clima de confianza necesario para la obtención de respuestas más fidedignas, sobre todo teniendo en cuenta la fuerte impronta “machista” que impera en estos colectivos. Esto constituye una limitación del estudio debido a que estaríamos frente a un posible sesgo de información.

Una puntualización que nos parece importante señalar es que por motivos vinculados al poder adquisitivo de la población uruguaya en general, y en especial de la población reclusa, el consumo de drogas por vía I/V constituye una práctica poco frecuente, cuando se la compara con estudios realizados en EE.UU.³, Reino Unido^{4, 6}, y España⁷, en los cuales las prevalencias del consumo son mucho más elevadas que en nuestro medio. No obstante ello, aunque el porcentaje encontrado fue menor al 5%, se justifica la aplicación por parte de las autoridades penitenciarias de políticas tendientes a reducción del daño, tal como sucede en los países anteriormente descritos y en otros.

Del presente trabajo surge el aumento significativo del riesgo de contraer la infección VIH en aquellos reclusos con antecedentes de haber estado en prisión, el haber tenido una pareja sexual VIH (+) y tenerla en la actualidad, así como los que se inyectaron drogas por vía parenteral y los que compartieron el material de punción.

En este estudio, el tiempo de permanencia en prisión mayor a un año no resultó ser un factor de riesgo, contrariamente a nuestra hipótesis inicial. Esta discrepancia con otros trabajos⁹, puede ser explicada por un insuficiente tamaño muestral, por lo que un estudio de mayor magnitud podría revelar un resultado diferente. Por otra parte, y pese a las limitaciones seña-

ladas y a las propias de los estudios transversales, la muestra fue obtenida mediante técnica de muestreo aleatorio sistemático, lo que nos permite asegurar su representatividad alejando de esta manera la posibilidad de introducir sesgos de selección.

Podemos concluir que la prevalencia hallada en nuestro estudio fue de 6,5% y los factores de riesgo asociados a una mayor probabilidad de adquirir la infección viral en prisión fueron: haber tenido una pareja sexual VIH (+), poseer en la actualidad la pareja VIH (+), ser consumidor de drogas por vía I/V, y dentro de éstos los que consumieron en la cárcel y los que compartieron el material. Con relación a los factores estrictamente carcelarios, únicamente demostró ser un factor de riesgo el poseer antecedentes de haber estado en prisión.

El resto de las variables estudiadas no alcanzaron valores estadísticamente significativos. Esto se debe en parte a las limitaciones vinculadas al tamaño de la muestra, y al posible sesgo introducido como consecuencia de que el cuestionario no fuera autoadministrado. Este hecho dificulta el reconocimiento de ciertas prácticas por parte de los reclusos y puede influir en sus respuestas, especialmente en temas tan íntimos tales como la violación, el tener relaciones homosexuales o pincharse dentro de prisión. Ello puede explicar las grandes diferencias observadas con respecto a otros centros de reclusión en los cuales las conductas de riesgo son mucho más frecuentes que las recabadas en nuestro estudio.

Los resultados de este trabajo podrían ser aplicados para mejorar las condiciones de vida y de salud dentro del establecimiento penitenciario, así como sensibilizar a las autoridades carcelarias en relación a la importancia de promover políticas de información, de educación y promoción de salud, de prevención de la enfermedad, con especial énfasis en las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Son necesarios más estudios para incrementar los conocimientos de la situación de los reclusos en vistas a generar cambios y fomentar conductas que ayuden a su rehabilitación y reinserción social.

CORRESPONDENCIA

Dra. M. Macri Troya
Departamento de Medicina Preventiva y Social.
Instituto de Higiene. Facultad de Medicina.
UDELAR.
Alfredo Navarro y Las Heras.
Correo electrónico: mmacri@msp.gub.uy

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno S, Dronda F. El Control de la Tuberculosis en prisiones. Manual para Directores de Programas. Editado con la colaboración de Boehringer Ingelheim y Bristol-Myers. Publicaciones Permanyer, Barcelona 2002.
2. Levy M. Prison Health Services. *BMJ* 1997; 315: 1394-5.
3. Sabin KM, Frey RL, Horsley R and Geby SM. Characteristics and trends of newly identified HIV infections among incarcerated populations: CDC HIV voluntary counseling testing, and referral system, 1992-1998. *Journal of Urban Health* 78: 241-255 (2001).
4. Bellis M, Weild A, Beeching N, Mutton K, Syed Q. Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison. *BMJ* 1997; 315: 30-31.
5. Martín V, Caylà J, Moris M, Alonso L, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. *Rev Esp de Salud Pública*. 1997 May-Jun; (3): 269-80.
6. Gore S, Bird G, Burns S, Goldberg D, Ross A, MacGregor J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *BMJ* 1995; 310: 293-296.
7. Estudio de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en prisiones de Castilla y León. Grupo castellano-leonés para el estudio de infección VIH en prisiones. *Rev Clín Esp* 2001; 201(5): 249-255.
8. Payas Álvarez JR, López Sánchez A, Fonticella Herrera N. Epidemiología de las infecciones víricas prevalentes en el medio penitenciario. *SEMERGEN* 2003; nº 01 (Pt 29): 45-53.
9. Cour MI, Martín Cala M, Fernández Contreras ME, et al. Prevalencia de anticuerpos frente a VIH en drogadictos y reclusos. *Rev Clín Esp* 1989; 184: 329-332.
10. El Abuso de Drogas y el SIDA (artículo en línea) 2003: [3 páginas]. Obtenido de URL: <http://www.drugabuse.gov.infoFacts/DrugAbuse.htm>.
11. Osti NM, Castro AF, Ricci LC. Human immunodeficiency virus seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the region of Campinas, State of Sao Paulo, Brazil. *Mem. Do Inst Oswaldo Cruz*. 1999; 94(4): 479-83.
12. El Sida en las Cárceles (artículo en línea) 1997: [9 páginas]. Obtenido de: URL: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/prisonstus.pdf>.

13. Kantor E. HIV Transmission and Prevention in Prisons (artículo en línea) HIV insite 2003 February: [13 páginas]. Obtenido de: URL: <http://www.hivinsite.ucsf.edu/Insite.jsp.htm>.
14. Ballester J. Problemática en prisiones. Reunión sobre el Sida, II. Cáceres, 1994.
15. Pallas JR, Farinas-Álvarez C, Prieto D, Delgado-Rodríguez M. Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drugs users (artículo en línea) (Eur J Epidemiol [serial on line] 1999 Sep; 15(8): [5 páginas]. Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/pubmed.htm>.
16. La Declaración de Dublín sobre VIH/SIDA en las prisiones de Europa y Asia Central (artículo en línea) febrero 2004: [11 páginas]. Obtenido de URL: http://www.iprt.ie/files/iprt/2004_la_declaración_de_dublín_sobre_vih_sida_en_las_prisiones_de_europa_y_asia_central.doc.
17. Glaser JB. Correctional health care: a public health opportunity. Ann of Intern Med 1993; 118(2): 139-45.
18. Vlahov D, Brewer TF, Castro K. Prevalence of HIV-1 among entrants to US correctional facilities. Jour of the Amer Med Assoc 1991; 265: 1129-32.
19. Spaulding A, Stephenson B, Macalino G, Ruby W, Clark J and Flanigan T. Human Immunodeficiency Virus in Correctional Facilities: A Review. Clin Inf Dis 2002; 35: 305-312.
20. Alves Peres C, Paiva V, Da Silveira F, Alves Peres R e Hearst. Prevenção da Aids com Adolescentes encarcerados em Sao Paulo. Rev. Saúde Pública 2002; n° 4 (Pt 36): 76-81.
21. Veronesi R, Camargo Filho FC, Schecchtmann M, Neitzer E, Souza LNX, Zampieri G. Aids entre prisioneiros brasileiros: considerações sobre o possível papel do vírus HTLV-1 e HBV como co-factores implicados na patogênese da AIDS. Rev. Bras Med 50: 488-496.
22. Proyecto de contención de Sida en cárceles federales (artículo en línea): 2002: [1 página]. Obtenido de URL:http://www.sfp.jus.gov.ar/noticias/boletín_14.htm.
23. Zapiola I, Salomone S, Alvarez A, Scolastico MC, Koessel RA, Lemus J. 1996. HIV-1, HIV-2, HTLV-I/II and STD among female prostitutes in Buenos Aires, Argentina (artículo en línea) (Eur J Epidemiol [serial on line] 1996 Feb; 12(1):[5 páginas]. Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/pubmed.htm>.
24. El fracaso del sistema penitenciario actual. Realidad y Reformas urgentes. Seminario sobre Cárcel, IV. Montevideo, 2003.
25. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Sida. Informe Epidemiológico VIH/SIDA. Montevideo, 2008.
26. Saiz de la Hoya P, Bedia M, Esteban PJ, Figueira JJ, G^a Guerrero J, de Juan J, Marco A, et al. Características y situación clínica de la población reclusa infectada por el VIH de los centros penitenciarios españoles. Rev Esp Sanid Penit 2006; 8: 19-27.