

# Infección de HIV, hepatitis C y tuberculosis auto referida en una cárcel de Andalucía, 1999

M Ramos<sup>1</sup>, E Oviedo-Joekes<sup>1</sup>, JC March<sup>1</sup>, MA Prieto<sup>1</sup>, R Ballesta<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública

<sup>2</sup> Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias.

## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer la incidencia de afectados por el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis C y tuberculosis en una prisión andaluza, según autoinformes, analizar los posibles factores asociados y determinar el conocimiento de sus formas de transmisión.

**Métodos:** Estudio transversal, llevado a cabo en una cárcel de Andalucía durante el año 1999. Se escogieron al azar del listado general de internos 450 participantes, siendo que ninguno rechazó participar en el estudio. Los datos se recogieron a partir de un cuestionario sobre situación penitenciaria, salud, consumo de drogas y conocimiento sobre riesgo de infección de HIV, VHC y TBC.

**Resultados:** La muestra se compone de 450 personas, en su mayoría hombres (90,4%), con una edad media de 32,19 años. El 19,1% de los reclusos dijeron que eran seropositivos para HIV, el 2,7% que tenían tuberculosis y el 18,2% que tenían hepatitis C. Existe un mayor conocimiento sobre las forma de transmisión del HIV y menor sobre la tuberculosis. Los modelos de regresión indican que quienes cumplen una condena mayor a cinco años y han estado más de una vez en prisión, consumían heroína en la calle y han estado en tratamiento con metadona tienen una mayor probabilidad de declararse HIV o VHC positivos.

**Conclusiones:** La prevalencia declarada de hepatitis C en los reclusos es muy inferior a la esperada. Las altas puntuaciones obtenidas en las escalas de conocimiento de transmisión de las afecciones por parte de quienes las padecen apoyan la utilización de la estrategia de iguales para promoción de la salud en las prisiones.

**Palabras clave:** Prisión, VIH, Hepatitis C, Tuberculosis, Problemas Sociales, Heroína, Metadona.

## HIV, HEPATITIS C AND TUBERCULOSIS SELF REPORTED INFECTION IN AN ANDALUSIAN PRISON, 1999

### ABSTRACT

**Objectives:** To investigate the prevalence of HIV, hepatitis C and tuberculosis, by means of **self reports** amongst prisoners in an Andalusian prison, analyse possible associated factors, and to evaluate current knowledge about the transmission of these diseases.

**Methods:** Cross-sectional study, carried out in an Andalusian prison in 1999. Four hundred and fifty participants were chosen at random from the general inmate list. None of them refused to participate in the study. Data was collected using a questionnaire about the prison situation, health, drug consumption, and risk behaviour awareness.

**Results:** The sample consisted of 450 inmates, 90,4% male, with a mean age of 32.19 years old. In this sample, 19.1% of the inmates stated that they were HIV positive, 2.7% that they had tuberculosis and 18.2% hepatitis C. Participants showed more awareness of HIV and less of tuberculosis risk behaviours. Participants undergoing a sentence of more than five years, with more than one entry in prison, with a history of heroin consumption in the street, and who had received methadone maintenance treatment presented the highest probabilities of stating that they had hepatitis C and HIV respectively.

**Conclusions:** Declared prevalence of hepatitis C in prisoners was lower than expected. The high scores obtained in the scales of awareness of HIV, hepatitis C and tuberculosis transmission risk behaviours by those who report these diseases support the use of peer intervention for health promotion in prisons.

**Key words:** Prison, HIV, Hepatitis C, Tuberculosis, Social Problems, Heroin, Methadone.

Texto recibido: 11 de enero de 2005

Texto aceptado: 23 de agosto de 2005

Este proyecto ha sido financiado por la Dirección General de Drogodependencias de Andalucía.

## INTRODUCCIÓN

El estado de salud en la población penitenciaria cobra importancia en Salud Pública, entre otras cuestiones, porque existe un importante tránsito entre la prisión y la comunidad<sup>1</sup>. Constan evidencias que indican que las personas privadas de la libertad presentan una salud más deteriorada que la población general<sup>2, 3</sup>, que viven situaciones o procesos de exclusión social, lo cual se asocia a una peor salud general<sup>4</sup> y por último, que la misma permanencia en prisión estaría asociada a un deterioro de la salud<sup>5-7</sup>.

Los problemas de salud predominantes en las prisiones españolas son la tuberculosis (TBC), la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), hepatitis C (VHC), enfermedades psiquiátricas y drogodependencias<sup>2</sup>. Según un estudio realizado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en 1998<sup>8</sup>, la prevalencia de infección por HIV entre las personas encarceladas en el Estado Español fue del 19,9%, por infección tuberculosa del 50,6%, y por hepatitis C del 46,1%.

La prevalencia de HIV, TBC y VHC entre la población penitenciaria, entre 1998 y 2000, en comparación con la población general es mucho más elevada. Así, por ejemplo, la incidencia de infección por HIV en la población comprendida entre los 20 y los 39 años, se estima en un 5,6%<sup>9</sup> para la hepatitis C, en la población general se estima entre el 0,1 y el 2%<sup>10</sup>, y las tasas de TBC en España están alrededor de 50 por cien mil habitantes<sup>11</sup>.

Varios estudios en España dan cuenta de la incidencia de estas afecciones, de las conductas de riesgo de infección y transmisión, y la adherencia a tratamientos, entre otros<sup>10, 12-15</sup>. Las principales conductas de riesgo ligadas a la transmisión del HIV y hepatitis C entre población reclusa, están relacionadas con el uso de drogas y la exclusión social. El porcentaje de reclusos usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en las Instituciones Penitenciarias ha sido estimado en el año 1998 en un 18%, inferior al de finales de la década de los 80, que era del 45%<sup>8</sup>. Este descenso en el uso de la vía inyectada presenta importantes variaciones por zonas geográficas, siendo que en Andalucía, los consumidores de heroína (sola o combinada con cocaína), lo hacen mayormente por la vía pulmonar, inhalada (en la jerga, "fumarse un chino")<sup>16</sup>. No obstante, las vías de administración de drogas pueden estar sujetas a fluctuaciones, y en combinación con determinados factores puede alternarse la vía inhalada con la endovenosa<sup>17</sup>. Además del uso de la vía parenteral, algunas prácticas comunes en prisiones pueden asociarse a la transmisión de HIV

o VHC, como por ejemplo la realización de tatuajes con instrumental sin esterilizar<sup>18</sup>. En cuanto al riesgo de transmisión de la TBC, la prisión se ha convertido en los últimos años en un foco importante, dado que la aglomeración facilita la transmisión del bacilo de una persona a otra, y también lo hacen ciertas prácticas frecuentes, como compartir un pitillo<sup>19</sup>.

Observando las características generales de la población penitenciaria española, en general varones (92,2%)<sup>20</sup>, consumidores de sustancias psicoactivas, con un incremento en los últimos años de extranjeros y reincidentes, delitos en la mayoría de los casos contra la propiedad y la salud pública<sup>21</sup>, se podría decir que el ingreso en prisión es para muchos la primera oportunidad de recibir atención médica<sup>22</sup>. Así, la prisión se convierte en un enclave estratégico para el diagnóstico, la prevención y la atención sanitaria<sup>23, 24</sup>. En el presente trabajo, llevado a cabo en una cárcel de Andalucía, pretendimos averiguar la presencia de HIV, VHC y TBC según el conocimiento que cada persona tiene sobre su estado de salud, y establecer algunos de los factores asociados a dichas afecciones. Asimismo, pretendemos conocer el grado de conocimiento de las personas privadas de libertad sobre algunas de las formas de transmisión de HIV, VHC y TBC. Con esta información intentamos aportar datos destinados a hacer más efectivas y eficaces nuestras intervenciones sanitarias en el ámbito penitenciario.

## METODOLOGÍA

### Participantes

El presente es un estudio transversal, realizado en una cárcel de Andalucía durante el año 1999. La población penitenciaria de la cárcel de nuestro estudio era en ese momento de 1.275 internos aproximadamente. Se escogieron al azar del listado general de internos 450 participantes, siendo que ninguno rechazó participar en el estudio.

### Instrumentos y procedimiento

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario, diseñado y pilotado para este estudio, que consta de siete bloques temáticos, donde se incluyen perfil sociodemográfico, salud, consumo de drogas y conductas de riesgo. La participación en el estudio era voluntaria y anónima. Los encuestadores fueron personas conocedoras del ambiente carcelario, entrenadas específicamente para este estudio.

Las variables de estudio, comprendidas en el bloque de salud, se obtuvieron tras una pregunta general: ¿Tiene alguna enfermedad crónica? El conocimiento sobre algunas conductas de riesgo se evaluó con un listado de 13 afirmaciones, con un formato de respuesta dicotómico (sí-no), con el siguiente enunciado: “Crees que el SIDA, VHC, TBC se contagia con...”. A cada respuesta correcta se le asigna un punto y ninguno a la incorrecta, creándose un total para cada escala y una puntuación con un rango entre 0 y 13 puntos.

### Análisis de los datos

Se realizó inicialmente un análisis descriptivo. Para analizar las respuestas correctas sobre las conductas de riesgo de infección de HIV, VHC y TBC se realizaron contrastes de medias con la prueba t de Student, entre quienes afirman presentar o no tales afecciones. Para el estudio de la asociación entre las variables de interés, se utilizó el estadístico Chi cuadrado. Además, se llevaron a cabo dos modelos de regresión logística binaria, tomando como variable dependiente estar afectado, según autoinforme, de HIV y VHC, ingresando en el modelo aquellas variables con asociaciones significativas en los análisis multivariados. El análisis sobre el riesgo de estar afectado de TBC no se pudo llevar a cabo, dado que un porcentaje muy bajo de personas declaró padecer esta enfermedad. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 11<sup>25</sup>.

## RESULTADOS

La muestra se compone de 450 participantes, en su mayoría hombres (90,4%) con una edad media de 32,19 años (desviación típica 7,56; rango 17-59), originarios principalmente de Andalucía (90%). Sólo 4 participantes dicen haber utilizado la vía endovenosa para inyectarse drogas en el último mes. De los 450 internos entrevistados, 194 dicen padecer alguna enfermedad crónica. En la tabla I se muestran las principales enfermedades crónicas que los participantes declaran padecer. El 19,1% de los reclusos dijeron estar afectados por HIV, el 2,7% por tuberculosis y el 18,2% por hepatitis C.

En las tablas II y III se presentan las variables asociadas de manera significativa con estar afectado de HIV y VHC respectivamente. No se pudieron estudiar los factores asociados a declarar tener tuberculosis debido al reducido número de casos. No se encuentran diferencias por edad, y por género sólo para el VHC, con una menor proporción de mujeres afectadas del

mismo. Tanto para quienes padecen HIV como el VHC encontramos asociaciones significativas entre la presencia de estas afecciones y el mayor tiempo en prisión, de condena a cumplir, y el haber ingresado más de una vez. El consumo previo (antes de entrar en prisión) de algunas drogas también mostró asociaciones significativas, quienes consumían heroína, cocaína o psicofármacos, tienden a albergar una mayor proporción de afectados que quienes no lo hacían. El consumo de metadona, previo y actual, presenta el mismo patrón. Una mayor proporción de afectados de HIV y VHC la encontramos entre quienes consideran su salud como “mala”, y en comparación con la de un año atrás esta misma proporción se repite con la afección de VHC. Por último, quienes se han hecho tatuajes en prisión muestran una mayor proporción de afectados de VHC, y el uso consistente del condón en relaciones sexuales está más extendido entre los HIV.

Afección crónica declarada	n	%
Participantes que dicen padecer alguna enfermedad crónica*	194	43,1
Sólo una	145	32,2
Dos	35	7,8
Tres	14	3,1
Principales enfermedades referidas		
HIV	86	19,9
Hepatitis C	82	18,2
Tuberculosis	12	2,7
Hepatitis B	7	1,6
Hepatitis sin determinar	20	4,4
Otras enfermedades	39	8,7

\* Algunos participantes refieren dos o más enfermedades.

Tabla I. Principales enfermedades crónicas declaradas por los participantes (n=450).

Las medias obtenidas en las escalas sobre conductas de riesgo de transmisión de enfermedades, para un rango de 0 a 13, son las siguientes: SIDA, 10,96 (DT 2,65); VHC, 7,55 (DT 3,48); TBC, 5,97 (DT 2,80). Se han realizado unos contrastes de medias para evaluar las diferencias de la puntuación general de las escalas entre los afectados de HIV, VHC y TBC, y los que no padecen estas afecciones (tabla IV). No se encuentran diferencias significativas entre los HIV positivos y los negativos para ninguna de las tres escalas. Quienes se declaran afectados de VHC presentan una media de aciertos mayor en las tres escalas que quienes no. Por último, las 12 personas que declaran padecer TBC demuestran un mayor conocimiento sobre riesgo de contagio de dicha

Variables	Total Recuento para cada nivel de las variables	Afección autodeclarada de HIV N=86	
		n	%
Tiempo en prisión**			
Menos de un año	169	26	15,4
Un año	93	19	20,4
Dos años	102	15	14,7
Tres años o más	86	26	30,2
Tiempo de condena**			
Más de cinco años	166	49	29,5
Menos de cinco años	284	37	13
Entrada en prisión**			
Primera vez	157	16	10,2
Reincidente	293	70	23,9
Consumía drogas cuando cometió el delito**			
Sí	365	82	22,5
No	85	4	4,7
Salud percibida**			
Buena	326	25	7,7
Mala	124	61	49,2
Salud percibida actual en comparación con un año atrás**			
Igual o mejor que antes	339	49	14,5
Peor que antes	111	37	33,3
Toma medicamentos**			
Sí	184	60	32,6
No	266	26	9,8
Antirretrovirales**			
Sí	40	36	90
No	138	23	17
Consumía heroína antes de entrar en prisión**			
Sí	223	60	26,9
No	227	26	11,5
Consumía cocaína antes de entrar en prisión**			
Sí	227	56	24,7
No	223	30	13,5
Consumía psicofármacos antes de entrar en prisión*			
Sí	121	46	38
No	329	40	12,2
Ha consumido psicofármacos en el último mes*			
Sí	47	14	29,8
No	403	72	17,9
Tratamiento con metadona antes de entrar en prisión*			
Sí	123	40	32,5
No	327	46	14,1
Metadona prescrita en el último mes**			
Sí	84	31	36,9
No	336	50	15
Ha continuado el tratamiento en la prisión*			
Sí	69	20	29
No	61	11	17,3
Querer entrar en algún tratamiento con metadona**			
Sí	32	11	34,4
No	418	75	17,9
Uso consistente del condón en las tres últimas relaciones*			
Sí	47	17	36,2
No	114	20	17,3

\*\* p < 0,001; \* p < 0,05. Se ha utilizado la prueba del Chi Cuadrado.

Tabla II. Asociaciones entre declararse afectado de HIV y las variables en estudio.

Variables	Total Recuento para cada nivel de las variables N=450	Afección autodeclarada de HIV N=82	
		n	%
Sexo*			
Hombre	407	79	19,4
Mujer	43	3	7
Tiempo en prisión**			
Menos de un año	169	20	12
Un año	93	13	14
Dos años	102	25	24,5
Tres años o más	86	23	26,7
Tiempo de condena**			
Más de cinco años	166	43	25,9
Menos de cinco años	284	39	13,7
Entrada en prisión**			
Primera vez	157	15	9,6
Reincidente	293	67	22,9
Consumía drogas cuando cometió el delito**			
Sí	365	81	22,2
No	85	1	1,2
Salud percibida**			
Buena	326	46	14,1
Mala	124	36	29
Toma medicamentos*			
Sí	184	42	22,8
No	266	40	15
Consumía heroína antes de entrar en prisión**			
Sí	223	52	23,3
No	227	30	13,2
Consumía cocaína antes de entrar en prisión*			
Sí	227	50	22
No	223	32	14,3
Consumía psicofármacos antes de entrar en prisión**			
Sí	121	32	26,4
No	329	50	15,2
Ha consumido psicofármacos en el último mes**			
Sí	47	18	38,3
No	403	64	15,9
Tratamiento con metadona antes de entrar en prisión*			
Sí	123	37	30,1
No	327	45	13,8
Metadona prescrita en el último mes**			
Sí	84	25	29,8
No	336	52	15,6
Ha continuado el tratamiento en la prisión**			
Sí	69	21	31
No	61	9	15
Se ha realizado tatuajes en prisión*			
Sí	122	30	24,6
No	328	52	15,9

\*\* p < 0,001; \* p < 0,05. Se ha utilizado la prueba del Chi Cuadrado.

Tabla III. Asociaciones entre declararse afectado de VHC y las variables en estudio.

Afección		Conocimiento Riesgo de HIV (M=10,96)		Conocimiento Riesgo de VHC (M=7,55)		Conocimiento Riesgo de TBC (M=5,97)	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT
HIV	No (n=364)	10,86*#	2,02	7,38*#	3,62	5,88*#	2,91
	Sí (n=86)	11,40	2,77	8,23	2,72	6,36	2,72
Hepatitis C	No (n=386)	10,87*	2,48	8,90***	3,43	5,77***	2,72
	Sí (n=82)	11,40	2,68	7,24	3,38	6,85	3,03
TBC	No (438)	10,96	2,67	7,49*	3,49	5,90**	2,80
	Sí (12)	11,25	1,86	9,75	2,45	8,30	1,92

\*\*\* p < 0,001; \*\*p < 0,01; \* p < 0,05; +p < 0,1; # Contraste de medias no asumiendo igualdad de varianzas. Las puntuaciones totales de las escalas se obtienen otorgando un punto a cada respuesta correcta.

Tabla IV. Contraste de medias de las puntuaciones correctas obtenidas en las escalas de conocimiento sobre riesgo de transmisión de enfermedades para quienes declaran padecer alguna de ellas.

	HIV			VHC			TBC		
	Correcta	Incorrecta	No sabe o no contesta	Correcta	Incorrecta	No sabe o no contesta	Correcta	Incorrecta	No sabe o no contesta
Usar la misma ropa	90,7	4	5,3	68,0	14,4	17,6	57,3	26	16,7
Usar las mismas toallas	80,0	12,9	7,1	62,2	19,8	18,0	48,7	35,1	16,2
Compartir cepillos de dientes	78,2	15,1	6,7	70,4	12,9	16,7	79,1	7,6	13,3
Compartir platos y cubiertos	74,4	19,4	6,2	32,2	50,2	17,6	15,1	71,1	13,8
Beso con intercambio de saliva	69,8	23,1	7,1	28,2	52,9	18,9	80,0	6,9	13,1
Darse la mano	93,8	1,8	4,4	80,2	4,7	15,1	80,2	7,6	12,2
Compartir jeringas	94,7	1,5	3,8	83,1	3,8	13,1	5,8	81,8	12,4
Compartir el tubo de la plata	79,6	13,3	7,1	34,7	47,3	18,0	77,8	11,1	11,1
Estornudar o toser	87,3	6	6,7	53,6	29,7	16,7	75,1	12,5	12,4
Relaciones sexuales con penetración vaginal	95,3	1,4	3,3	72,7	10,4	16,9	15,8	67,8	16,4
Relaciones sexuales con penetración anal	93,8	1,8	4,4	70,2	12	17,8	17,6	65,5	16,9
Relaciones sexuales orales sin preservativo	68,2	24,9	6,9	26,2	55,1	18,7	24,7	57,5	17,8
Hacerse tatuajes	90,7	4,9	4,4	72,9	11,1	16,0	19,8	57,1	23,1

Tabla V. Porcentajes de respuestas para cada uno de los ítems de cada una de las escalas de conocimiento.

afección que quienes no lo están. En la tabla V pueden observarse los porcentajes de afirmaciones evaluadas correctamente y las no respondidas para cada uno de los ítems.

En los análisis de regresión logística binaria para la probabilidad de declararse afectado de HIV o VHC (tabla VI), las variables que se asocian a un mayor riesgo se refieren a la estancia en prisión. Las variables edad y sexo se incluyen como ajuste, no siendo significativas en ninguno de los dos modelos. Así, quienes han ingresado en prisión más de

una vez, y quienes tienen una condena a cumplir mayor de cinco años, están a mayor riesgo de declararse afectados de HIV (OR = 1,9 y 2,3 respectivamente) o VHC (OR = 2,3 y 2,6 respectivamente). Por último, quienes consumían heroína antes de entrar en prisión están a mayor riesgo de declararse HIV positivos, y quienes han consumido psicofármacos lo están para el VHC. En ninguno de los dos modelos ha dado significativa la prueba de bondad de ajuste, lo cual muestra que los datos se adaptan al modelo.

	HIV		VHC	
	OR I.C. 95,0%	p	OR I.C. 95,0%	p
Edad	1,009 (0,974-1,046)	0,608	1,001 (0,966-1,036)	0,976
Mujer vs hombre	1,056 (0,408-2,734)	0,910	0,930 (0,358-2,413)	0,881
Cumple más de 5 años de condena	2,306 (1,399-3,801)	0,001	2,615 (1,591-4,298)	0,000
Más de una entrada en prisión	1,902 (1,019-3,549)	0,043	2,306 (1,263-4,211)	0,007
Consumía heroína antes de entrar en prisión	2,155 (1,250-3,716)	0,006		
Ha estado en tratamiento con metadona			1,996 (1,069-3,726)	0,030
Prueba de bondad de ajuste (Hosmer y Lemeshow)		0,701		0,286

Tabla VI. Modelos de regresión logística binaria para el riesgo de declararse HIV positivo y para VHC positivo.

## DISCUSIÓN

A través de la declaración de los participantes hemos obtenido una prevalencia de infección por HIV similar a la obtenida en el ámbito nacional (19,9%)<sup>8</sup> y una proporción de enfermos de tuberculosis comparable a la obtenida en otro estudio realizado en una prisión de Andalucía (2,7%)<sup>26</sup>. Sin embargo, el porcentaje de reclusos que declaran tener hepatitis C es muy inferior a la media nacional (18,2%)<sup>8</sup> y al obtenido en otras investigaciones con poblaciones similares<sup>10</sup>. En un estudio realizado en Australia, se observó que al comparar la declaración de los reclusos sobre su estado de portadores de hepatitis C y los resultados de laboratorio, la declaración de los presos subestimaba en un 35% el porcentaje de seropositivos al virus<sup>27</sup>. Es muy probable que muchas personas encarceladas no conozcan su estado serológico ya que por su situación de exclusión social, difícilmente han contactado con los servicios sanitarios previo a su ingreso en prisión.

Las principales variables asociadas con declararse HIV o VHC positivo se refieren al consumo de drogas previo al ingreso en prisión, y la situación penitenciaria: tiempo en prisión número de entradas, tiempo de condena a cumplir. Dentro del modelo de regresión, tanto para la afección de HIV como para VHC, quienes tienen una condena a cumplir mayor a cinco años, y los que han ingresado más de una vez en prisión, están a mayor riesgo. Algunos estudios han dado también cuenta de esta asociación, indicando que la propia situación de encarcelamiento se asociaría a una desmejora en diversos indicadores de salud de las personas que cumplen condenas<sup>5-7, 10, 14</sup>. Dado que la tendencia nacional es de un aumento de los reclusos reincidentes, los presentes resultados podrían dejar entrever que las prisiones pueden significar un importante episodio dentro de la espiral de deterioro de personas en exclusión social caracterizadas, principalmente, por contar con una

peor salud, un alto índice de consumo de drogas y una importante falta de formación que les permita el acceso a un trabajo<sup>4, 19, 28</sup>. Dentro del modelo, quienes han estado en tratamiento con metadona se encuentran a mayor riesgo de declararse VHC positivos. Esto podría ser porque aquellos consumidores de heroína que han accedido a un programa de metadona han tenido la oportunidad de contactar con personal sanitario, siendo más probable que su estado serológico haya sido examinado. Por último, nos llama la atención no haber encontrado en nuestro trabajo asociaciones entre el uso de los servicios sanitarios y declararse HIV o VHC positivo, siendo que las personas afectadas por éstas precisan una atención continuada. No obstante, sí se asocia el hecho de consumir medicamentos, como si la atención sanitaria recibida por estas personas sólo versara en la expedición del fármaco en sí mismo.

El conocimiento sobre formas de transmisión de las afecciones en cuestión nos muestra que los participantes obtienen las más altas puntuaciones en la escala de HIV, seguida de la de VHC y un menor conocimiento sobre TBC. En algunos estudios se ha observado un elevado nivel de conocimiento sobre infección de HIV en personas encarceladas<sup>29, 30</sup>, aunque en otros se ha indicado menor conocimiento en relación con la población general<sup>31</sup>. Si bien existen evidencias de que un nivel elevado de conocimiento ante el HIV no implica directamente cambios de conducta, tanto en población general<sup>32</sup> como en población penitenciaria<sup>23</sup>, en el presente trabajo declarar ser HIV también se ha asociado a un mayor uso del preservativo en los tres últimos contactos sexuales, lo que contrasta con estudios previos realizados en Andalucía a principios de los 90<sup>29</sup>. Al mismo tiempo, la utilización de la vía endovenosa para el consumo de drogas en Andalucía es actualmente minoritaria<sup>33, 34</sup>, lo cual se refleja en el bajo número de usuarios de esta vía en nuestro estudio, lo que indicaría una menor práctica de conductas de riesgo. No obstante, si bien la vía en-

dovenosa ha decaído, los procesos de exclusión pueden llegar al punto en que personas usuarias de drogas susceptibles de ser consumidas por esta vía pierdan el control de su adicción y comiencen o vuelvan a administrársela por la vía endovenosa<sup>17</sup>. Excepto para la escala de HIV, quienes padecen la afección sobre la que versa el cuestionario obtienen mejores puntuaciones que quienes no. Aquellos que dicen padecer el VHC obtienen mejores puntuaciones en todas las escalas en comparación con los que dicen no estar afectados del mismo. Estos resultados podrían apoyar las estrategias, promover la formación de personas privadas de libertad afectadas de HIV, VHC o TBC como mediadores en salud dentro de las prisiones. La utilización de "iguales" como educadores en salud es una práctica que se ha mostrado útil y efectiva en diferentes ámbitos<sup>35,36</sup>, y que está siendo implementada en algunas prisiones de nuestro país<sup>12</sup>.

En el presente estudio el consumo de drogas en la calle y el paso por la prisión son los principales factores asociados al HIV y VHC. Dado el crecimiento de la población reclusa reincidente, las personas que se ajustan a dicho perfil deberían ser objeto de especial atención sanitaria. Por otro lado, cuando consideramos a las personas drogodependientes como "pacientes" sobre los cuales se pueden realizar intervenciones preventivas o tratamientos concretos, éstos se convierten en los principales beneficiarios de la atención primaria<sup>37,38</sup>. Por ello, la atención primaria con personas drogodependientes encuentra en el marco penitenciario una excelente oportunidad de intervención y prevención.

Este trabajo tiene varias limitaciones, propias de los diseños transversales y de los datos recogidos por autoinformes. No se cuenta con datos analíticos que nos permitan verificar la validez de los autoinformes sobre enfermedades. Además, la forma en la que se ha preguntado si se padece HIV, HCV y TBC, da lugar a una mayor posibilidad de falsos negativos, esto es, personas que no se hayan hecho la prueba y asimismo refieran no padecerlo. No obstante creemos que el estudio aporta pautas para conocer algunos de los factores asociados a la presencia de estas enfermedades en el medio penitenciario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García-Guerrero J, Herrero A, Bedia M, Araujo R, Castellano JC. Resistencias primarias de HIV en una población penitenciaria. Estudio REPRICOVA-2. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 29-31.
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Informe sobre la asistencia penitenciaria en prisión. 2001. Madrid, Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health* 1990; 80: 663-9.
- Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Rep* 2002; 117 Suppl 1: S135-45.
- Martín V, Cayla JA, Bolea A, de Paz JA. Evolución de la prevalencia de la infección por Mycobacterium tuberculosis en una población reclusa al ingreso en prisión entre 1991 y 1996. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 11-6.
- Lindquist CH, Lindquist CA. Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among jail inmates. *J Community Health* 1999; 24: 285-303.
- Griffin MM, Ryan JG, Briscoe VS, Shadle KM. Effects of incarceration on HIV-infected individuals. *J Natl Med Assoc* 1996; 88: 639-44.
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe 3. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2000.
- Castilla J, Pachón I, González MP, Amela C, Muñoz L, Tello O, et al. Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. *Epidemiol Infect* 2000; 125: 159-62.
- Grupo Noroeste para el estudio de la Hepatitis por Virus C en el medio penitenciario. Seroprevalencia de infección por virus C de la hepatitis en población reclusa del noroeste de España a su ingreso en prisión. *Rev Esp Salud Publica* 1998; 72: 43-51.
- Martín V. La tuberculosis en las instituciones penitenciarias españolas. Su evolución en los años 90. *Rev Esp Sanid Penit* 1999; 2: 47-51.
- Paredes i Carbonella J, Colomer Revuelta C. Prevención del HIV/SIDA en el medio penitenciario: una experiencia de planificación participativa. *Gac Sanit* 2001; 15: 41-7.
- Martín Sánchez V, Álvarez Guisasola F, Álvarez Fernández JL, Martínez Cordero MB. Efectividad (accesibilidad y adherencia) de un programa de detección precoz de tuberculosis pulmonar en población reclusa. *Gac Sanit* 1994; 8: 203-8.
- Estébanez Estébanez P, Colomo Gómez C, Zunzunegui Pastor MV, Rua Figueroa M, Pérez M, Ortiz C et al. Cárcels y SIDA. Factores de riesgo de infección por el HIV en las cárceles de Madrid. *Gac Sanit* 1990; 4: 100-5.
- Olry de Labry A, Plazaola J, Ruiz I, Soto JM, Antón JJ, Castro JM et al. Estado clínico y psicosocial de

- reclusos en tratamiento con antirretrovirales. *Rev Esp Sanid Penit* 2003; 5: 92-100.
16. Junta de Andalucía. Los andaluces ante las drogas, VII. Sevilla, España: Junta de Andalucía, Comisionado para la Droga, 2001.
  17. Strang J, Griffiths P, Powis B, Abbey J, Gossop M. How constant is an individual's route of heroin administration? Data from treatment and non-treatment samples. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46: 115-8.
  18. Samuel MC, Doherty PM, Bulterys M, Jenison SA. Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA. *Epidemiol Infect* 2001; 127: 475-84.
  19. Stephens TT, Braithwaite R, Cozza S, Robillard A, Arriola KJ. History of prior TB infection and HIV/AIDS risk behaviours among a sample of male inmates in the USA. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 514-8.
  20. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Organismo Autónomo: Trabajo y Prestaciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. La gestión en cifras. 2004.
  21. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 5. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.
  22. Gaiter J, Doll LS. Improving HIV/AIDS prevention in prisons is good public health policy. *Am J Public Health* 1996; 86: 1201-3.
  23. Paredes J, Colomer C. Medio penitenciario, HIV/SIDA y promoción de la salud. *Gac Sanit* 1997; 11: 45-7.
  24. Birmingham L. Should prisoners have a say in prison health care? *BMJ* 1997; 315: 65-6.
  25. SPSS for windows. SPSS, Inc. 2002. Chicago.
  26. Sánchez Moreno A, Villena Martínez L, Castro Recio JM, Aguayo Canela M, Pujol de la Llave E. Estudio de tuberculosis en la prisión de Huelva. *An Med Interna* 1997; 14: 607-10.
  27. Butler T, Spencer J, Cui J, Vickery K, Zou J, Kaldor J. Seroprevalence of markers for hepatitis B, C and G in male and female prisoners—NSW, 1996. *Aust N Z J Public Health* 1999; 23: 377-84.
  28. MacDonald, R. and Marsh, J. Crossing the Rubicon: Youth transitions, poverty, drugs and social exclusion. *Int J Drug Policy* 13(1), 27-38. 2002.
  29. Carrasco Rodríguez P, Sánchez-Cruz JJ. Comparación de los conocimientos y los comportamientos de riesgo sobre el SIDA de los internos HIV+ y HIV- de la prisión provincial de Granada. *Gac Sanit* 1996; 10: 104-9.
  30. Power KG, Marková I, McKee KJ, Kilfedder C. Correlates of HIV/AIDS knowledge in a Scottish prison sample. *Health Education Research* 1996; 11: 287-97.
  31. Delorme C, Rotily M, Escaffre N, Galinier-Pujol A, Loundou A, Moatti JP. Connaissances, croyances et attitudes des détenus face au Sida et a l'infection a HIV: une enquete au centre penitentiaire de Marseille. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999; 47: 229-38.
  32. Baldwin JI, Whitely S, Baldwin JD. Changing AIDS and fertility related behavior: The effectiveness of sexual education. *J Sex Res* 1990; 27: 245-62.
  33. De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. *Addiction* 1997; 92: 1749-63.
  34. De la Fuente L, Barrio G, Bravo MJ, Royuela L. Heroin smoking by "chasing the dragon": its evolution in Spain. *Addiction* 1998; 93: 444-6.
  35. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M, Gómez M, Rodríguez S, León MI *et al.* El proceso de captación de los participantes en el programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía (PEPSA). *Gaceta Sanitaria* 2004; 18: 245-7.
  36. Friedman SR. Going beyond education to mobilizing subcultural change. *National Committee on AIDS Control Encouraging peer support for risk reduction among injecting drug users*, Amsterdam: NCAB: 1993.
  37. Melguizo M. Acomodar la oferta a las necesidades de los drogodependientes: ¿para cuándo la normalización? *Aten Primaria* 2003; 32: 323-9.
  38. Navarro Cañadas C, Bachiller Luque P, Palacios Martín T, Ruiz Muñoz P, Herrero Baladrón M, Sánchez Lite I. Características diferenciales sanitarias y toxicológicas de drogodependientes en tratamiento y consumo activo. *Aten Primaria* 2003; 32: 323-7.

## CORRESPONDENCIA

Eugenia Oviedo Joekes  
Escuela Andaluza de Salud Pública  
Campus Universitario de Cartuja, s/n  
Apdo. Correos 2070  
18080 Granada – Spain  
Tel: 34-958 027 514 - Fax: 34-958 027 503  
[eugenia.oviedojoekes.easp@juntadeandalucia.es](mailto:eugenia.oviedojoekes.easp@juntadeandalucia.es)