

Prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla (Colombia)

HIV prevalence and risk behaviors among inmates of a prison in the district of Barranquilla (Colombia)

Gladys Gaviria García¹, Gloria Lastre Amell², Ana María Trejos Herrera³

Resumen

Objetivos: Describir prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla.

Método: Se realizó un estudio descriptivo con 100 internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla. Se administró un cuestionario diseñado por los autores para conocer la prevalencia del VIH y conductas de riesgo, sometido a proceso de validación de contenido por jueces expertos y prueba piloto. El procesamiento de datos se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 21.

Resultados: 11 % de los internos son VIH positivos; 54 % han permanecido entre 2 y 3 años en el centro compartiendo celda con 3-6 internos (85 %); 33 % no utilizan protección en las relaciones sexuales, con prácticas de tipo oral (85 %), anal y vaginal (31 %), respectivamente, realizadas de 1 a 2 veces por semana (88 %). Los objetos de uso personal mayormente compartidos son el jabón (64 %) y cortauñas (53 %). Las sustancias psicoactivas de mayor consumo son marihuana (74 %) y alcohol (52%), y las enfermedades con las que han tenido mayor contacto los internos son tuberculosis (54 %) y VIH/SIDA (43 %).

Conclusiones: El VIH, unido a las conductas de riesgo, son problemas de salud pública en la población carcelaria, considerada altamente vulnerable.

Palabras clave: serodiagnóstico de VIH, prevalencia, asunción de riesgos, grupos vulnerables, prisiones.

Fecha de recepción: 23 de abril de 2014
Fecha de aceptación: 25 de septiembre de 2014

¹ Enfermera, magíster en Educación, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia).

² Enfermera, magíster en Salud Pública, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). glastre@unisimonbolivar.edu.co

³ Doctora en Psicología, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). atrejos1@unisimonbolivar.edu.co

Correspondencia: Gladys Gaviria García. Universidad Simón Bolívar, Cra. 59 n° 59-92. Barranquilla (Colombia). ggaviria1@unisimonbolivar.edu.co.

Abstract

Objectives: Describe HIV prevalence and risk behaviors in inmates of the penitentiary of the district of Barranquilla.

Method: A descriptive study was conducted with 100 inmates of penitentiary of the District of Barranquilla. We used a questionnaire designed by the authors to determine the prevalence of HIV and risk behaviors validated by expert judges and pilot test. Data processing was performed with the Statistical Package to Social Sciences SPSS version 21.

Results: 11 % of inmates are HIV-positive; 54 % have been remained in the penitentiary between 2 and 3 years sharing cell with 3 to 6 inmates (85 %); 33 % do not use protection in sexual relationships with practices of oral sex (85 %), anal and vaginal sex (31 %) respectively carried out 1 to 2 times a week (88 %). The personal items that are mostly sharing are: soap (64 %) and nail clippers (53 %). The most consumed psychoactive substances are marijuana (74 %) and alcohol (52 %). Inmates have had contact with tuberculosis (54 %) and HIV/AIDS (43%).

Conclusions: The HIV and others risk behaviors are public health problems in the inmates population, who are considered highly vulnerable.

Keywords: AIDS serodiagnosis, prevalence, risk-taking, risk groups, prisons.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) afecta principalmente a aquellos grupos poblacionales que se encuentran en riesgo social, que tradicionalmente no se benefician de los programas de salud por sus condiciones sociosanitarias desfavorables (1). El VIH es una seria amenaza para la salud de la población carcelaria; constituye un desafío significativo para las autoridades penitenciarias, de salud pública y los gobiernos nacionales. Mundialmente, los niveles de infección de VIH tienden a ser más altos entre la población carcelaria que entre la que goza de libertad. Esta situación a menudo viene acompañada y se exacerba por los altos índices de otras infecciones, por ejemplo, hepatitis B, C y tuberculosis (2).

Aunque las características y necesidades de los reclusos que viven con esta enfermedad pueden variar considerablemente de unos países a otros, algunas características son constantes. Los reclusos seropositivos tienen niveles elevados de dependencia del alcohol

o las drogas, enfermedades mentales o bajos niveles de alfabetización (3). Pese a que la directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que todos los presos tienen derecho a recibir una atención sanitaria, incluidas medidas preventivas, equivalente a la que se presta en la comunidad, la literatura muestra que la atención y el acceso al tratamiento para tratar la infección por el VIH en las cárceles rara vez son equivalentes a aquellos disponibles para la comunidad general.

Por su alto potencial epidémico, el sida está considerado como una prioridad de salud pública, y debido al alto costo que implica su atención, todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control están contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) tanto para el régimen contributivo como el régimen subsidiado (POSS) y regímenes de excepción. Desde 1985 al 31 de diciembre de 2011 se ha reportado un total de 75 620 casos de infección por VIH y sida. De acuerdo con estas cifras, se observa un crecimiento paulatino de los casos notificados en Colombia.

Considerando que el mecanismo probable de transmisión de mayor participación es el sexual, el crecimiento natural de la epidemia continúa (4).

De acuerdo con el diagnóstico del VIH en el sistema penitenciario en Colombia realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC, 2011), para enero de 2010 había 86 581 personas mayores de edad privadas de la libertad, lo que representa una tasa de hacinamiento del 29.8 %, teniendo en cuenta que la capacidad está alrededor de los 65 000 cupos en esta población (5).

El “Informe sombra”, realizado por el Grupo de Derecho de Interés Público (GDIP) de la Universidad de los Andes, presenta cifras referentes a la capacidad carcelaria y hacinamiento en el país; por ejemplo, un hacinamiento del 34,1 % en 2005; la sobrepoblación carcelaria pasó de 14,5 % en 2006, 21,0 % en 2007 y 27,8 % en 2008, y analiza que no es clara la cifra real de hacinamiento que tiene el país; lo que sí es claro es que de acuerdo con la normativa internacional, cualquier sistema de reclusión que tenga una sobrepoblación del 20 % está en situación crítica. En el sistema penitenciario colombiano en el período junio de 2009 a junio de 2010 había 156 personas con VIH, de las cuales 111 estaban recibiendo tratamiento para la tuberculosis y 2 fallecieron por sida (5).

De acuerdo con lo anterior, es evidente que el aumento de transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH en prisión es favorecida por una serie de factores, como el aumento de internos drogodependientes,

hacinamiento, malnutrición, las bajas condiciones higiénicas; es decir, este grupo de población es altamente vulnerable a enfermedades como la tuberculosis o el VIH y a conductas de riesgo.

Según *el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE)*, el hacinamiento es la “acción de hacinar”, cuyo significado exacto es “amontonar, acumular o juntar sin orden”, que alude a una situación en la que el continente a duras penas es capaz de albergar al contenido. Otra definición más reciente es la de “superpoblación”, referido al “exceso de individuos en un espacio determinado” (6). Analizando lo expuesto se puede describir el concepto de hacinamiento en los centros carcelarios cuando los sistemas penitenciarios establecen una cifra estimativa de la capacidad máxima de ocupación de sus prisiones (7).

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) *recomienda usar un espacio de 4 m² por persona como medida útil de referencia para mejorar niveles de hacinamiento totalmente inaceptables. Sin embargo, describe una celda individual de 4,5 m² como “muy pequeña” e inadecuada para períodos de detención que excedan de uno o dos días; una celda de 6 m² como “bastante pequeña”; y una de 10 metros² como “de buen tamaño para ser ocupada por un solo individuo”, pero “bastante pequeña” para dos. Considera que celdas de 8 y 9 m² para un único ocupante brindan condiciones de detención “completamente satisfactorias” y “razonables”* (7); estos parámetros no se evidencian en el centro carcelario objeto de estudio.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud, “factor de riesgo” es *cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo*

que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (8).

En este sentido, conductas de riesgo como compartir material de inyección, consumo de sustancias psicoactivas, compartir elementos de usos personal, mantener relaciones sexuales con otros hombres sin protección, tatuaje, autolesiones y lesiones entre los reclusos, enfermedades infectocontagiosas constituyen una vía de transmisión muy eficaz (9).

El desafío para los profesionales de la salud apunta específicamente a educar continuamente a los colectivos de las diferentes comunidades, entre estos los internos de los centros carcelarios. Existe un sinnúmero de estudios sobre factores asociados al VIH, sin embargo, son pocos los estudios que se han realizado en internos de centros carcelarios teniendo como referentes los riesgos con los cuales conviven y las conductas sexuales que practican sin medidas preventivas; además de los otros factores, como el hacinamiento y compartir elementos de uso personal (9). Por tanto, el objetivo fue describir la prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de alcance descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, en el cual se encuestó a 100 reclusos de un centro penitenciario de Barranquilla (Colombia), en el periodo agosto a octubre de 2013. La muestra fue intencional o de conveniencia

porque se obtuvo una muestra “representativa” de los internos. Los criterios de inclusión establecidos fueron: internos que tuvieran más de seis meses en el centro penitenciario, hubiesen estado en contacto con VIH y tuberculosis, los que voluntariamente decidieron participar en el estudio.

La recolección de la información se hizo mediante un cuestionario diseñado por los autores basados en revisión de literatura y evaluado por docentes expertos en investigación utilizando la metodología propuesta por Moriyama (1968) (10); se realizó una prueba piloto a 10 internos de un centro carcelario para determinar dificultades en la comprensión y diligenciamiento del mismo. Dicho cuestionario estuvo conformado por la primera parte del instrumento, en la que se indagó por variables sociodemográficas de los internos: edad, grado de escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, tiempo de permanencia en el centro carcelario y número de internos por celda. En la segunda parte se indagó acerca de la prevalencia del VIH y las conductas de riesgo sexual, uso compartido de objetos personales, consumo de sustancias psicoactivas y contacto con enfermedades transmisibles e infecciosas.

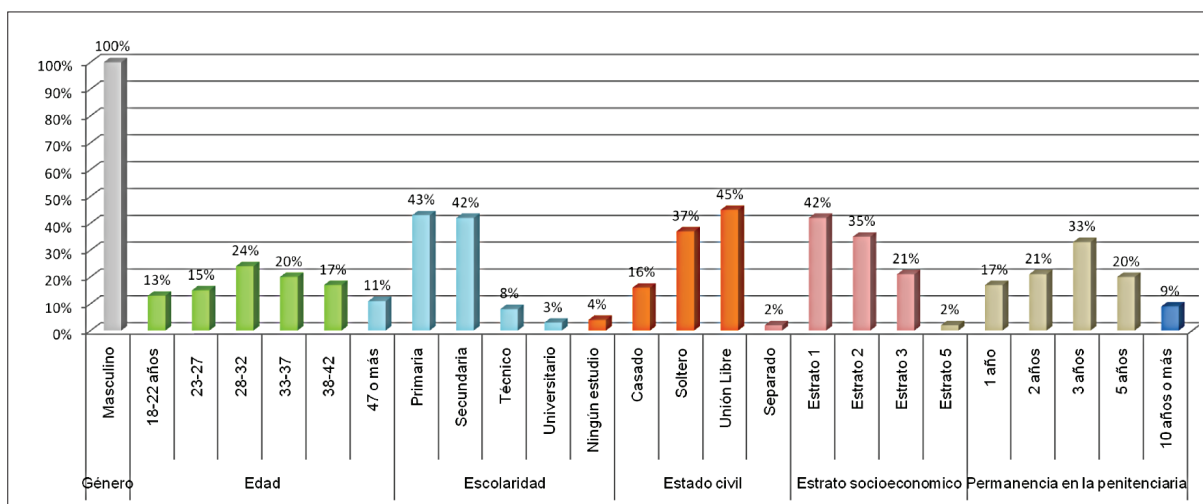
El cuestionario fue aplicado a los internos de los pabellones seleccionados del centro carcelario en el tiempo establecido para el estudio; esta información se recolectó en tres meses y su análisis se realizó aplicando estadísticas descriptivas y los resultados fueron analizados y tabulados con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 21 (11).

Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para garantizar el rigor científico del estudio se fundamentaron en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual

se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en salud, en Colombia (12). La investigación se clasifico en categoría de Investigación sin riesgo; además de los principios éticos establecidos en los modelos del Comité de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (13) y lo establecido en el código deontológico (Ley 911 de 2004 (14). Se aplicó el consentimiento informado como principio ético y de respeto de libertad de los internos de participar en dicho estudio, el cual fue aprobado a través del Comité de Ética de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla (Colombia); la institución objeto de estudio aprobó el permiso pertinente para la recolección de la información para la ejecución de este estudio.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 100 internos del sexo masculino que se encontraban reclusos en un centro carcelario del distrito de Barranquilla, en su mayoría ubicados en los rangos de edad de 28 a 32 años (24 %), 33 a 37 (20 %) y 38 a 42 (17 %), con una media de edad de 16.6. El 43 % ha cursado solo los estudios primarios y el 42 % estudios secundarios. En cuanto al estado civil, el 45 % reportó que vive en unión libre, 37 % son solteros y 16 % casados. En cuanto al estrato económico, el 42 y 35 % de los reclusos corresponden a los estratos 1 y 2, respectivamente; 11 % son seropositivos para VIH; 33 % han permanecido privados de la libertad durante 3 años, 21 % dos años y 20 % cinco. El régimen de salud que asiste a esta población es el régimen subsidiado, a través de una empresa promotora de salud (EPS), la cual brinda atención desde las diferentes disciplinas (ver tabla 1).

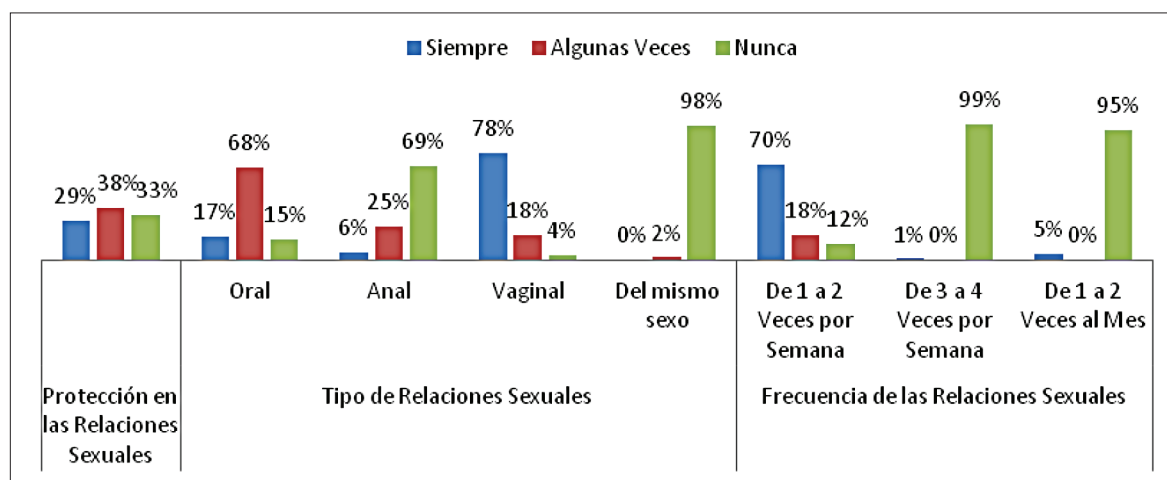


Fuente: propia de los autores.

Gráfico 1. Características sociodemográficas de los reclusos de penitenciaría del distrito de Barranquilla (N=100)

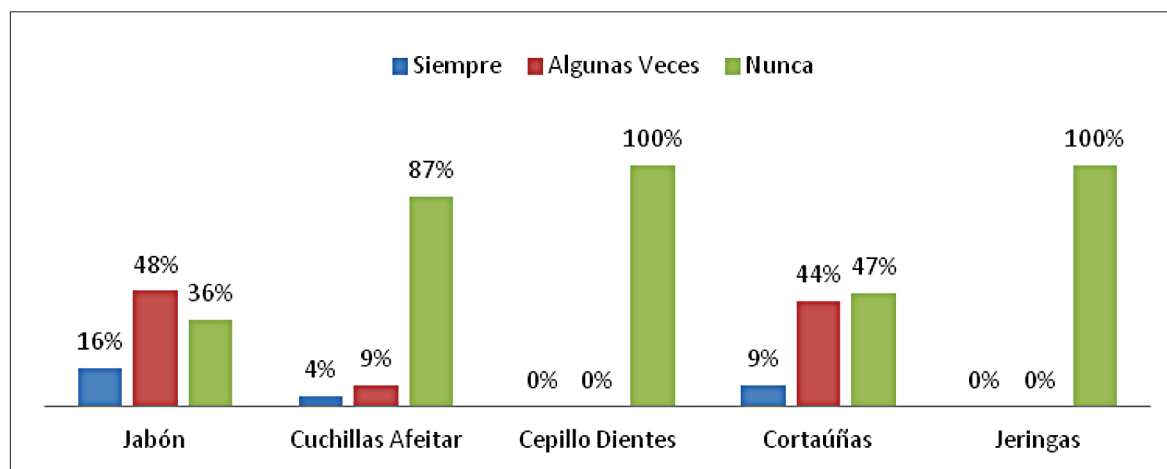
En cuanto a las conductas de riesgo sexual, el 38 % de los internos reportó que solo algunas veces utilizó protección al tener relaciones sexuales, el 33 % refirió que nunca la utiliza y un 29 % afirmó que siempre se protege. En cuanto al tipo de relaciones sexuales que practican los internos, el 85 % refirió que

practica sexo oral, el 31 % sexo anal, el 96 % sexo vaginal y el 2 % con personas del mismo sexo. La frecuencia más alta en la práctica de las relaciones sexuales correspondió a “siempre” y “algunas veces”, en tiempo de 1 a 2 semanas, con un 88 % (ver gráfico 2).



Fuente: propia de los autores.

Gráfico 2. Conductas de Riesgo Sexual en reclusos de penitenciaría del distrito de Barranquilla (N=100)

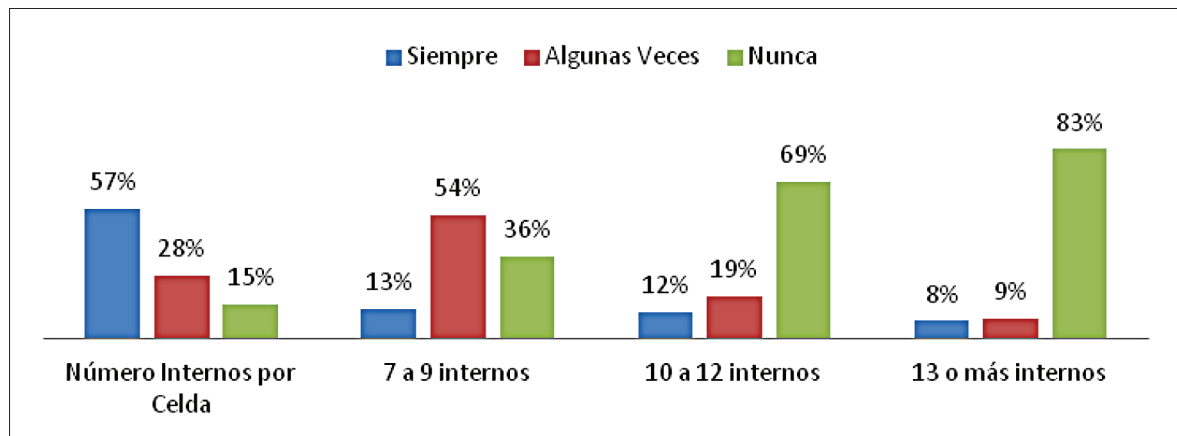


Fuente: propia de los autores.

Gráfico 3. Conductas de Riesgo Uso Compartido de Objetos Personales en reclusos de penitenciaría del distrito de Barranquilla (N=100)

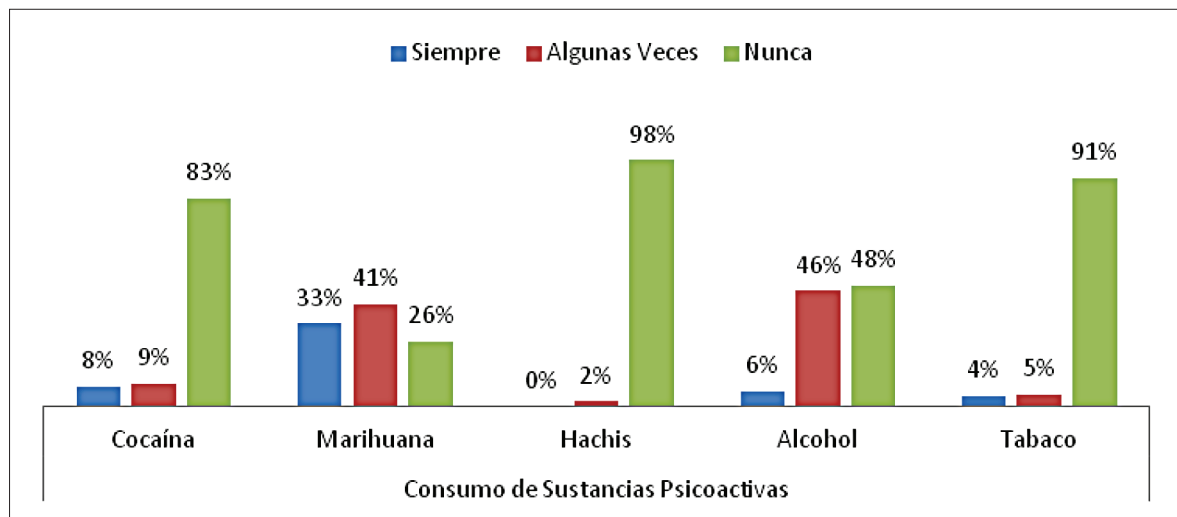
Con relación al uso compartido de objetos de uso personal, el jabón es el elemento que se comparte con mayor frecuencia, con un 64 %, le siguen cortaúñas (53 %) y cuchillas de afeitar (13 %). Los internos afirmaron que nunca comparten jeringas ni cepillos de dientes (ver gráfico 3).

Encuanto al número de internos por celda, este oscila entre 3 a 6, con un 85 %, 7 a 9 (67 %), 10 a 12 (31 %) y 13 o más (18 %) (ver gráfico 4).



Fuente: propia de los autores.

Gráfico 4. Conductas de Riesgo Número Internos por Celda en reclusos de penitenciaría del distrito de Barranquilla (N=100)

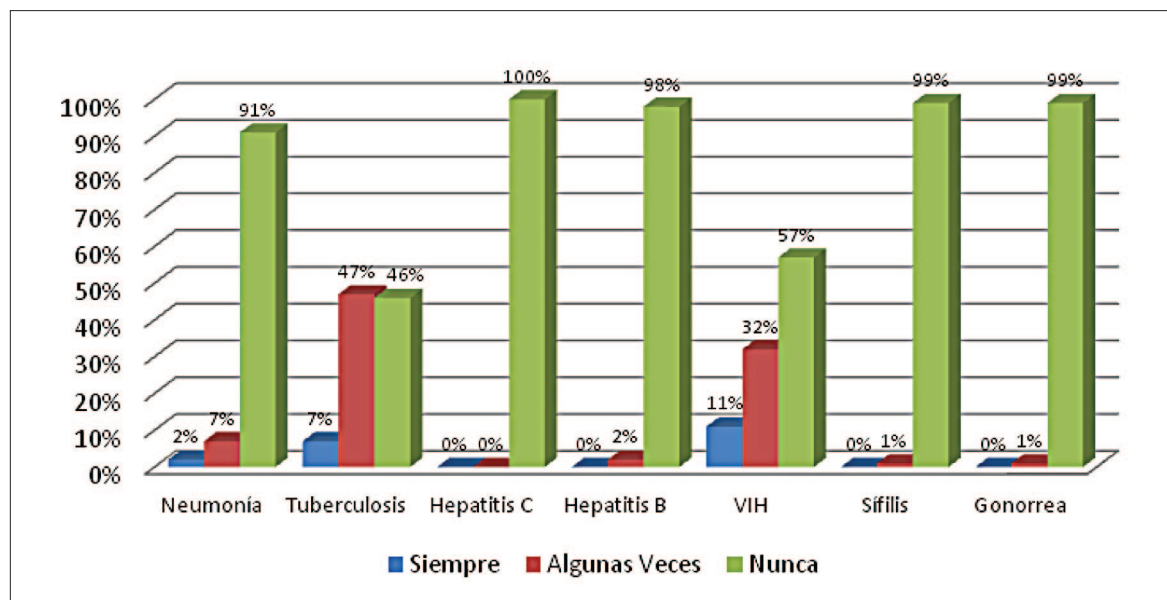


Fuente: propia de los autores.

Gráfico 5. Factores de Riesgo Consumo de Sustancias Psicoactivas en reclusos de penitenciaría del distrito de Barranquilla (N=100)

Las sustancias psicoactivas de mayor consumo son la marihuana (74 %), alcohol (52 %), cocaína (17 %), tabaco (9 %) y hachís (2 %) (ver gráfico 5).

Las enfermedades con mayor contacto que han tenido los internos son: tuberculosis (54 %) y VIH (43 %), y en menores porcentajes neumonía (9 %), hepatitis B (2 %), sífilis y gonorrea (1 %), respectivamente (ver gráfico 6).



Fuente: propia de los autores.

Gráfico 6. Factores de Riesgo contacto con enfermedades en reclusos de penitenciaría del distrito de Barranquilla (N=100)

DISCUSIÓN

Según los resultados del estudio de Macri y Bertier, se identificó rango de edades entre 18 y 74 años, con preponderancia del grupo etario correspondiente a los menores de 30 años. El promedio de edad de la muestra fue de 29,6 y la mediana de 27. En relación con el nivel de instrucción, solo el 21 % terminó la enseñanza primaria y el 8 % la secundaria completa. La variable “estado civil” muestra que la mitad de los presos son solteros y que solo alrededor de un 15 % tiene registro civil, contando los casados, divorciados y viudos. Los concubinos alcanzan un 32,4 % de los

registros (9), datos que guardan estrecha relación con los de este estudio, en el cual la principal conducta de riesgo de contagio es las relaciones sexuales sin protección, y el género masculino entre 20 y 40 años de edad es el grupo poblacional más vulnerable al contagio; aunque estas enfermedades de transmisión sexual se presentan también en mujeres a edades más tempranas (9).

Este estudio identificó una relación entre las conductas de riesgos sexuales en los internos del centro carcelario en un 38 % que utiliza protección, el 33 % refirió que nunca se protege, y el 29 % afirmó que siempre se

protege, lo cual guarda estrecha relación con la prevalencia del VIH; confrontando lo descrito con otros estudios que detallan las conductas sexuales relacionadas con la práctica de relaciones sexuales anales, 51 casos (25.8 %) refirieron conductas sexuales de la población en estudio e infección por VIH, con una significancia ($p < 0,001$), estuvieron asociados a la infección por el virus (15).

Otros estudios han reportado un número elevado de personas que viven con el VIH; asimismo, las cárceles de la mayoría de los países en desarrollo y de Europa también tienen un número excesivo de reclusos VIH-positivos. Las prisiones son lugares donde se suele producir la transmisión del virus, en ocasiones a gran escala (3).

El número de individuos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana en los centros carcelarios se considera potencial de riesgos para sobreinfectar a otros internos; sin embargo, en este estudio se evidenció que existen internos que han tenido contacto frecuente con enfermedades como la tuberculosis, VIH y neumonía, las cuales se consideran alarmas para la salud pública como grupos considerablemente vulnerables a contraer la infección del virus de inmunodeficiencia humana; por ello, la tardanza en diagnosticar la enfermedad puede ser también un problema inminente para salud pública.

Al comparar estos resultados con un estudio con población carcelaria realizado en Ciudad de México (16), según el cual los internos con VIH que desarrollaron tuberculosis activa con características propias, con una tasa de transmisión reciente con progresión rápida a enfermedad de 22 %, una prevalencia muy elevada, 16.3 %, una incidencia alta (7.7 por 100 sujetos-año) y una proporción elevada de abandono del tra-

tamiento (18 %), se evidenció que en el centro carcelario de Barranquilla hay una prevalencia de la enfermedad mucho más alta, como la tuberculosis (54 %), VIH (43 %), y en un menores porcentajes neumonía (9 %), hepatitis B (2 %), sífilis y gonorrea (1 %), respectivamente, factores predisponentes a adquirir el virus.

De acuerdo con el diagnóstico del VIH en el sistema penitenciario en Colombia realizado por el PNUD, Onusida y la ONODC, el uso de drogas inyectables es casi inexistente en los centros carcelarios; además, las drogas más consumidas son bazuco, marihuana, cocaína y drogas siquiátricas. Comparando los resultados con este estudio, se determinó que las drogas de mayor consumo fueron la marihuana y el alcohol. Estos resultados guardan relación con una investigación realizada en un penal de Nigeria (17), donde se identificó también a la marihuana y la cocaína como las más consumidas en el penal.

Pese a que los derechos humanos de la población carcelaria se suelen ignorar sistemáticamente en países de América Latina (como Perú, Brasil, Colombia, entre otros), de acuerdo con los informes del International Centre for Prison Studies se considera esencial garantizar el derecho a la salud, ya que prácticamente todos los reclusos se reintegrarán a la comunidad (2). Del mismo modo, es importante considerar que en la reforma y actualización de la carta que rige a Colombia en el artículo 13 se indica que el Gobierno nacional debe prestar atención a las personas que están privadas de la libertad, ya que al no gozar de esta garantía fundamental, su condición queda condonada a la acción estatal (18). También en el Plan 2008 - 2011 se buscó dar continuidad a las acciones logradas e incluir a las poblaciones más vulnerables como prioritarias en dicho plan; es así como

se determinó que los grupos con los que se debe trabajar son: personas con VIH o con sida (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o que viven en contextos de desplazamiento (JD) y personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM) (19).

En muchos países de América Latina, África, Estados Unidos de América y Europa han reportado que los grupos más vulnerables al VIH son también los grupos de riesgo respecto de la criminalidad y del confinamiento, ya que muchas de las condiciones sociales y económicas que aumentan la vulnerabilidad al VIH también incrementan la vulnerabilidad del encarcelamiento. Como resultado de ello, la población con los mayores índices de infección por el VIH también se encuentra representada desproporcionadamente en las cárceles. En países donde hay presencia de drogas inyectables, la prevalencia de usuarios de dichas drogas en la cárcel es alta (2). En la cárcel hay un alto riesgo de transmisión del VIH y de otras infecciones. En este estudio se presenta evidencia del número de internos que comparten celda en un período de detención prolongado, superior a los 3 años, del contacto con enfermedades transmisibles e infecciosas, la frecuencia de la actividad sexual y de las prácticas de relaciones sexuales sin protección.

Por lo tanto, la salud en los centros carcelarios es un tema de salud pública, debido a que los internos, personal penitenciario, visitantes y proveedores están en continuo contacto con la comunidad privada de la libertad; esto significa que lo que se hace para promover o no la salud en las penitenciarías y proteger a los internos y al personal de contraer

infecciones tendrá un impacto sobre la salud de la población no reclusa (2).

CONCLUSIÓN

A través de este estudio se pudo concluir que las intervenciones de salud pública con relación a la prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla no solo deben centrarse en reconocer el diagnóstico de VIH de los internos, sino también en el diagnóstico de otras enfermedades asociadas, como la tuberculosis y hepatitis, y todos aquellos factores que incrementen la adquisición y la transmisión del virus en el centro carcelario.

Financiación: Universidad del Norte.

Conflicto de intereses: ninguno.

REFERENCIAS

1. Gatell, JM, Clotet, B, Podzamczar, D, Miro, JM. i Mallolas, J. *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson; 1990.
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *El VIH y el sida en los lugares de detención*. Naciones Unidas: New York; 2012.
3. Red mundial de personas que viven con el VIH. *Fomento de los derechos sexuales y reproductivos y los derechos humanos de los reclusos que viven con el VIH*. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih/derechos-humanos-vih-menu.raw?task=download&fid=400>
4. Informe UNGASS - 2012. *Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida. Informe Nacional Ministerio de Salud y Protección Social*; 2012.
5. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Onusida, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Diagnóstico sobre VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario*

- en Colombia, enero de 2011. p. 16. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih-carceles/monitoreo-carceles-menu.raw?task=download&fid=534>
6. *Diccionario de la lengua española*. 23ª edición del tricentenario. Hacinamiento. Real Academia de la Lengua Española. 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=hacinamiento>
 7. García-Guerrero J, Marco A. Sobre ocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Rev. esp. sanid. penit*; 14(3): 106-113. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202012000300006>.
 8. Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud. Factores de riesgos centro de prensa*. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 9. Macri M, Berthier R. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un centro penitenciario de Montevideo, Uruguay. *Rev Esp Sanid Penit* 2010; 12: 21-28.
 10. Moriyama, I. Indicators of social change. *Problems in the measurements of health status*. New York: Russel Sage Foundation; 1968.
 11. Pardo A, Ruiz MA. Programa estadístico informático para las ciencias sociales *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versión 21, 2002. p. 3.
 12. Congreso de la República de Colombia. *Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993*: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
 13. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra; 2002. p. 11-13.
 14. República de Colombia, *Ley 911 de 2004*. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 45.693 de 6 de octubre de 2004.
 15. Chinchá L, Omayra, Samalvides C, Frine, Bernabé-Ortiz A, Kruger PH, Gotuzzo HE. Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Rev. chil. infectol* [en línea] 2008 Feb [fecha de acceso 10 de diciembre de 2014]; 25(1): 49-53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000100010>
 16. 30 años de VIH/SIDA, 30 años de luchas, 1º diciembre: Día Mundial de Lucha contra el Sida. *Sidastudi*. Disponible en: http://www.sidas-tudi.org/resources/doc/111122-30anos30luchas_completo-1564589582560396970.pdf.
 17. ONODC, Oficina de enlace y pertenariado en Brasil. Nuevo informe advierte sobre brechas en prevención y tratamiento del VIH para presos y personas que se inyectan drogas. Disponible en: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2014/07/17-new-report-warns-on-gap-in-hiv-prevention-and-treatment-for-prisoners-people-who-inject-drugs.html>
 18. Corte Constitucional de Colombia. DERECHO A LA SALUD DEL INTERNO-Ámbito de protección por parte del Estado respecto al estado de sujeción. Artículo 13. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-035-13.htm>
 19. Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública. *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida Colombia, 2008-2011*. Disponible en: http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Colombia_2008-2011.pdf.