

VIH | SIDA

EN EL SISTEMA PENITENCIARIO FEDERAL

Modificación de hábitos y prácticas para la correcta prevención y tratamiento.



ANTE CUALQUIER EMERGENCIA CON EL CONTACTO DE SANGRE, AYUDAR A NUESTRO COMPAÑERO, EVITANDO EL CONTACTO DIRECTO CON LA SANGRE DEL MISMO.

UNIDAD N° 24 (MARCOS PAS)



CELS
CENTRO DE ESTUDIOS
LEGALES Y SOCIALES

usida

Proyecto de control
del SIDA y ETS

VIH/SIDA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO FEDERAL
MODIFICACIÓN DE HÁBITOS Y PRÁCTICAS PARA LA CORRECTA
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

COORDINACIÓN:
GUSTAVO PALMIERI
GUSTAVO PLAT

EQUIPO DE TRABAJO:
CECILIA ALES
RODRIGO BORDA
LEONARDO FILIPPINI
FLORENCIA PLAZAS
DORA DEL VALLE PUGLIESE
OSCAR MONTOYA



Este documento ha sido elaborado en el marco del Proyecto "Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria", financiado por el Proyecto PNUD ARG 96/011 del Control de SIDA y ETS-LUSIDA, Convenio Préstamo BIRF 4168/ARG. Ministerio de Salud de la Nación.

La ilustración de tapa de esta publicación fue realizada por jóvenes privados de la libertad en el marco de uno de los talleres desarrollados en el **COMPLEJO FEDERAL DE JÓVENES ADULTOS - UNIDAD N°24 - MARCOS PAZ.**

Diseño de tapa: Silvio Serber - On the Sign Studio
onthesign@fibertel.com.ar

Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS
Piedras 547, Piso 1° - (C1070AAK)
(54-11) 4334-4200
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
www.cels.org.ar
cels@cels.org.ar

Julio, 2002.

INDICE

Introducción.....	5
Cecilia Ales y Gustavo Palmieri	
Talleres de Prevención de VIH/SIDA con Personas Privadas de la Libertad: Objetivos, Método y Resultados.	10
Dora del Valle Pugliese, Rodrigo Borda, Oscar Montoya y Cecilia Ales	
Diagnóstico sobre VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios federales..	16
Gustavo Plat y Dora del Valle Pugliese	
SIDA y cárceles desde la perspectiva de los derechos.....	25
Gustavo Plat, Leonardo Filippini y Florencia Plazas	

INTRODUCCIÓN

Cecilia Ales y Gustavo Palmieri

1. Sobre esta publicación

La presente publicación consta de tres artículos destinados a evaluar distintos aspectos del proyecto "**Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria**" en el marco de los objetivos propuestos y descriptos más abajo en esta Introducción.

Si bien las observaciones aquí presentadas surgen de la experiencia desarrollada por el CELS en sólo tres institutos penales, entendemos que estas conclusiones resultan relevantes para el sistema penitenciario en su conjunto. En este sentido, constituyen un llamado de atención sobre la existencia de prácticas inadecuadas -e incluso a veces ilegales- que menoscaban los derechos de quienes se encuentran privados de la libertad.

El primero de los artículos "*Talleres de Prevención de VIH/SIDA con Personas Privadas de la Libertad: Objetivos, Método y Resultados*" describe las características que tuvieron los talleres de prevención con personas privadas de su libertad. Así, se hace referencia a las premisas que se tuvieron en cuenta al momento de diseñar la actividad, la metodología empleada y los resultados obtenidos haciendo hincapié en las especificidades que conlleva la realización de este tipo de actividades en contextos tan particulares como las unidades penitenciarias.

El segundo artículo, "*Diagnóstico sobre VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios federales*", sintetiza las observaciones recogidas respecto de temas tales como: el compromiso institucional de los funcionarios penitenciarios frente a actividades como las encaradas por el CELS, la calidad de la atención médica que reciben los internos, los procedimientos de testeo utilizados, la factibilidad de implementar políticas de reducción de daños, el nivel de conocimiento de los internos y las políticas de confidencialidad seguidas en los institutos penitenciarios.

El tercer artículo que integra la presente publicación, "*SIDA y cárceles desde la perspectiva de los derechos*", presenta una interpretación de la normativa destinada, específicamente o no, a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad y, en particular, de quienes están infectados con VIH/SIDA.

Así, partiendo del reconocimiento expreso del derecho a la salud en la Constitución Nacional, se analiza la aplicación de los estándares nacionales e internacionales en la materia, teniendo en cuenta las particularidades asociadas con la privación de la libertad de las personas.

2. El proyecto sobre Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria.

El proyecto "**Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria**", fue desarrollado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) durante el año 2001 y estuvo financiada por el Proyecto PNUD ARG 96/011 del Control de SIDA y ETS - **LUSIDA**- a través del Convenio Préstamo BIRF 4168/ARG. Ministerio de Salud de la Nación.

El desarrollo del Proyecto estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales integrado por Dora del Valle Pugliese -médica infectóloga-, Gustavo Plat, Rodrigo Borda, Florencia Plazas y Leonardo Filippini -abogados-, Oscar Montoya -psicólogo- y Cecilia Ales - licenciada en Ciencias Políticas- bajo la coordinación de Gustavo Palmieri -abogado- Director del Programa "*Violencia Institucional y Seguridad Ciudadana*" del CELS.

3. Objetivos del proyecto

El objetivo principal de este proyecto fue modificar los hábitos de la población de riesgo y las prácticas institucionales que obstaculizan la prevención y el tratamiento adecuados de VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.

Para ello, se trataron de establecer, tanto entre los internos como entre los funcionarios que se desempeñan en el ámbito penitenciario, mecanismos eficientes de prevención y tratamiento del SIDA en las cárceles, examinando y reelaborando las prácticas institucionales.

Entre los internos se intentaron combatir los hábitos riesgosos y construir algunos puntos de consenso para el desarrollo posterior de acciones tendientes a modificar las prácticas nocivas. En este sentido, se realizó un trabajo de concientización mediante el suministro de información sobre la prevención de la infección por VIH/SIDA -tanto dentro como fuera de los establecimientos penitenciarios- propiciando una disminución de la vulnerabilidad de esta población de riesgo.

A través del contacto con las autoridades de cada penal y de la administración central -así como otros operadores relacionados con la problemática - se buscó detectar las prácticas institucionales que obstaculizan la prevención y el tratamiento adecuados de VIH/SIDA. A la vez, se propició la jerarquización y actualización de los conocimientos en la materia.

Además, este proyecto intentó traducir las deficiencias detectadas en observaciones y presentaciones destinadas a garantizar el derecho de las personas privadas de su libertad a: obtener adecuada información sobre VIH/SIDA; gozar del derecho a la intimidad y la confidencialidad, recibir una adecuada atención médica, contar con condiciones dignas de alojamiento y asegurar el suministro regular de medicación y el control periódico del estado de salud de la población penal, entre otras.

4. Ambito de las acciones

La mayor parte de las actividades del Proyecto se desarrollaron en tres unidades penales dependientes del Servicio Penitenciario Federal (SPF) cuya selección obedeció a la combinación de varios criterios.

Por una parte, la reciente edificación y habilitación de nuevos establecimientos en jurisdicción del Servicio Penitenciario Federal constituyó una oportunidad única, de la cual se trató de sacar provecho. Esto es así porque las condiciones de alojamiento de los internos en esas instituciones permitieron cortar con rutinas generadas -y sostenidas- en situaciones precarias, facilitando la implementación de rutinas de prevención y tratamiento acordes con estándares de bioseguridad óptimos.

Por otra parte, para la selección se tomó especialmente en consideración la necesidad de recabar información y estimular cambios en el tratamiento de todas las personas privadas

de su libertad. Así, se trató de trabajar con diferentes perfiles de internos a fin de cubrir a los distintos grupos que conforman la población penal. En este contexto, cobraron relevancia variables tales como sexo, edad y situación procesal.

La aplicación de estos criterios -a lo cual se sumó la necesidad de contar con una cierta proximidad geográfica- resultó en la selección de la Unidad N°24 del Complejo Federal de Jóvenes Adultos en la localidad de Marcos Paz, la Unidad N°31 del Centro Federal de Detención de Mujeres "Nuestra Señora del Rosario de San Nicolás" en la localidad de Ezeiza y del Complejo Penitenciario Federal I en esa misma localidad.

5. Actividades desarrolladas

Tal como ya se mencionó, el objetivo principal de este proyecto fue modificar los hábitos de la población de riesgo y las prácticas institucionales que obstaculizan la prevención y el tratamiento adecuados de VIH/SIDA en personas privadas de su libertad.

La consecución de estos objetivos implicó la realización de diversas actividades diferenciadas según los destinatarios.

Los intercambios con las personas privadas de su libertad se realizaron a través de dos modalidades: entrevistas y talleres. Cualquier tarea de prevención implica cierto grado de apropiación y participación por parte de los actores destinatarios de las acciones. Partiendo de esta premisa, se mantuvieron entrevistas con internos a fin de recabar información útil para el diseño de talleres de prevención. A través de estas entrevistas, se detectaron las particulares necesidades e inconvenientes de los distintos grupos (mujeres, hombres adultos, hombres jóvenes), sus prácticas riesgosas, prejuicios y grado de conocimiento sobre VIH/SIDA..

La información recogida permitió adaptar la modalidad de los talleres de prevención -la segunda actividad realizada con los internos- a condiciones de alojamiento y convivencia propias de un ámbito tan particular como es un instituto penitenciario. Así, se realizaron dos talleres de prevención en cada una de las instituciones. La descripción de la dinámica de los talleres -enfoque adoptado, objetivos planteados, actividades desarrolladas, características de los participantes - y la evaluación de los resultados obtenidos constituyen el centro del análisis que se hace en el artículo "*Talleres de Prevención de VIH/SIDA con Personas Privadas de la Libertad: Objetivos, Método y Resultados*".

Por su parte, los primeros contactos con funcionarios penitenciarios también se realizaron a través de entrevistas. En estos encuentros, se interiorizó a las autoridades acerca de los objetivos del proyecto en el marco del cual se realizarían las actividades en las unidades. Además de los directores de las unidades, se entrevistó a los jefes de las áreas de seguridad, salud y educación a fin de contar con un panorama completo de los obstáculos institucionales para la prevención y el tratamiento adecuados de VIH/SIDA en el marco de las distintas actividades que los internos realizan cotidianamente.

Con posterioridad al trabajo con internos, se realizaron talleres en los que se trató de que participaran todos los funcionarios con los que se habían mantenido contactos. El objetivo de estos talleres fue transmitir a los funcionarios las apreciaciones adquiridas a través de todas las actividades realizadas en la unidad así como también hacer propuestas para modificar algunas de las situaciones observadas. A fin de focalizar la discusión, con anterioridad a la realización de los encuentros, se acercó a las autoridades de cada penal un documento en el que se sistematizaron los obstáculos detectados para la prevención y el tratamiento efectivos de VIH/SIDA.

El conjunto de observaciones recogidas por el equipo de trabajo del CELS y las propuestas para modificar los problemas detectados fueron presentadas a las autoridades nacionales con jurisdicción sobre el Sistema Penitenciario Federal en la reunión de trabajo "*Políticas de prevención y tratamiento de VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios federales*". Además de altos funcionarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, participaron del encuentro y la discusión miembros del Servicio Penitenciario Federal y representantes del Proyecto LUSIDA.

No obstante la profunda discusión mantenida durante la reunión de trabajo y los acuerdos allí alcanzados, se han elaborado y presentado ante las autoridades competentes cuatro acciones administrativas tendientes a superar definitivamente algunos de los problemas detectados y garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos de los internos.

Por último, también en el marco del proyecto "**Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria**", se redactó el documento "*VIH/SIDA: los derechos de las personas privadas de la libertad. Normas, jurisprudencia y prácticas en la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA*". Este trabajo describe el marco jurídico que regula la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en personas privadas de su libertad -así como algunas prácticas conflictivas que se dan en las cárceles de Argentina en relación con esta problemática- partiendo de la convicción de que un mejor conocimiento de estos derechos contribuirá a erradicar las prácticas institucionales que obstaculizan la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en las personas privadas de su libertad.

6. Agradecimientos

Antes de concluir esta introducción es necesario agradecer la colaboración de quienes hicieron posible la realización de las actividades previstas.

A los jóvenes, mujeres y hombres privados de su libertad que participaron en los talleres realizados y aceptaron conversar e intercambiar opiniones acerca de las condiciones en que se previene y trata VIH/SIDA en las instituciones donde están alojados.

A Alvaro Ruiz Moreno -entonces Subsecretario de Asuntos Penitenciarios- y a sus asesores, Gustavo Peyrano y Pablo Vagliante, quienes posibilitaron la coordinación de los contactos con funcionarios del Servicio Penitenciario Federal. Además, su cooperación y participación fueron imprescindibles para el desarrollo de la reunión de trabajo "*Políticas de prevención y tratamiento de VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios federales*".

A Ignacio Maglio - jefe de la sección Riesgo Médico Legal del Hospital General de Infecciosas Francisco J. Muñiz- y Martín Vázquez Acuña - Juez de Cámara, Tribunal Oral en lo Criminal N°1- quienes con sus comentarios contribuyeron a enriquecer el documento "*VIH/SIDA: los derechos de las personas privadas de la libertad. Normas, jurisprudencia y prácticas en la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA*". A Marcos Salt, abogado y profesor de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, por su asesoramiento en ésta y otras actividades que el CELS realiza para la promoción y protección de los derechos de las personas privadas de su libertad.

Al Prefecto Hugo Aquino, Director del Complejo Penitenciario Federal de Jóvenes Adultos Unidad N°24 y al Subalcaide Recagno, jefe del área docente de la misma Unidad; al Alcaide Mayor Julio Pernochi, subdirector a cargo de la dirección de la Unidad N°31 y su secretario, el Subalcaide Jorge Meza; al Sub- Prefecto Riquelme, subdirector a cargo de la dirección del Complejo N°1, y a los jefes del módulo de ingreso, Sub-Prefecto Vargas, y

del Servicio Médico, Dr. Motta. En su nombre también deseamos agradecer a los planteles profesionales y personal del Servicio Penitenciario Federal de las Unidad N°31 - Ezeiza-, Unidad N°24 -Marcos Paz- y Complejo N°1 -Ezeiza-, que participaron de distintas actividades y/o colaboraron en la organización de los talleres con las personas privadas de su libertad.

A Eleonora Sacco, de LUSIDA, por su exposición en la reunión de trabajo "*Políticas de prevención y tratamiento de VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios federales*" y por su acompañamiento a lo largo del proyecto. A Liliana Vignau y Alberto Gandulfo también de LUSIDA, que aportaron su experiencia y respondieron a los distintos requerimientos que surgieron a lo largo de este proyecto.

A Francisco Mugnolo, Procurador Penitenciario de la Nación, y a Claudia Anguillesi, Subprocuradora. A Santos Chizari, Humberto Metta, Liliana Martínez y Norberto Musich, de la misma institución, por su participación en la reunión de trabajo "*Políticas de prevención y tratamiento de VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios federales*".

A Norberto del Pozo y Zulma Starder del *Centro Interdisciplinario Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA* (CIPRESS) y a Marta González y Raúl Bortolozzi del *Club de Leones de Coronda* y sus respectivos equipos de trabajo con quienes tuvimos oportunidad de intercambiar valiosas experiencias al inicio de nuestro proyecto.

TALLERES DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA CON PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD: OBJETIVOS, MÉTODO Y RESULTADOS

Dora del Valle Pugliese, Rodrigo Borda, Oscar Montoya y Cecilia Ales

1. Introducción

El SIDA ha dejado de ser una enfermedad exclusiva de ciertos grupos en riesgo, tal como sucedía cuando la epidemia de VIH comenzó su expansión. Sin perjuicio de ello, es posible observar un mayor crecimiento en países y entre grupos con limitado acceso a los sistemas de educación y salud y al mercado formal de trabajo. De esta manera, el SIDA se ha transformado en una enfermedad social, que afecta primordialmente a los excluidos.

Los centros de detención alojan y reúnen a personas que pertenecen a estos grupos de exclusión. No es de extrañar, entonces, que entre los detenidos encontremos una proporción mayor de infectados que aquella detectada en la población general. Esto es así porque, a diferencia de lo que ocurre generalmente en el ámbito extra-muros, la convivencia forzosa de los infectados con otras personas en un espacio reducido, favorece la diseminación de la enfermedad.

En este contexto, nuestro interés fue desentrañar aquellos factores que obstaculizan una política de prevención de la expansión del virus dentro de las cárceles, optimizar el nivel de conocimiento de los internos sobre esta infección y promover la disminución de conductas riesgosas, dentro y fuera del penal. Una de las actividades llevadas a cabo para cumplir con estos objetivos fue la realización de talleres de prevención con personas privadas de su libertad.

Tal como se describió en la Introducción a esta publicación, el presente artículo se propone presentar los objetivos, métodos y la evaluación de los resultados de los talleres con personas privadas de la libertad realizados en el marco del Proyecto “*Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria*”.

A fin de facilitar su comprensión, el artículo ha sido organizado en dos secciones. La primera de ellas describe los objetivos planteados por la actividad y los métodos utilizados para alcanzarlos. Por su parte, la segunda sección evalúa en qué medida se obtuvieron los resultados propuestos y el grado en que las técnicas empleadas y el diseño de los talleres contribuyeron a ello.

Creemos que las experiencias aquí presentadas constituyen una contribución, especialmente, para quienes desarrollan tareas preventivas pues permiten vislumbrar las particularidades que implica el trabajo de taller en circunstancias tan particulares como las que acompañan a la privación de la libertad.

2. Objetivos y método

El equipo de profesionales a cargo de la coordinación de los talleres estuvo integrado por un abogado, un psicólogo y una médica infectóloga. La conformación del equipo, no sólo respondió a la convicción de que una mirada interdisciplinaria contribuye a enriquecer la actividad, sino también se intentó mostrar un equipo de hombres y mujeres que, en un marco de respeto y libre de prejuicios, puede abordar temas tan sensibles como el sexo, las drogas y la anticoncepción, tal como lo exige esta enfermedad.

El diseño de talleres con internos implicó el análisis de otras experiencias llevadas a cabo en prisiones, tanto dentro como fuera del país. Asimismo, también como parte del trabajo previo, realizamos entrevistas con el personal de las áreas de dirección, salud, educación y seguridad y con internos en cada unidad visitada. El objetivo específico de esta actividad fue obtener un pre-diagnóstico acerca del nivel de conocimiento de los entrevistados y de la particular forma de vida que llevan quienes están privados de la libertad.

La problemática de la salud en general, y del SIDA en particular, esta vinculada a la intimidad de las personas. Dicha problemática tiende a serle ajena a la mayor parte de la población carcelaria, e incluso a veces al personal. Sexualidad, valores, mitos, drogas y discriminación, son temas que resultan de difícil abordaje dentro de nuestras pautas culturales. Esta dificultad se profundiza en la cárcel, en donde la intimidad se desdibuja.

El diseño de los talleres de prevención con personas privadas de la libertad estuvo enmarcado por los nuevos enfoques sobre el cuidado de la salud, los cuales implican, además, una perspectiva diferente de las tareas asociadas a la educación para la salud. Así, durante los talleres, privilegiamos conocer los intereses, expectativas y proyectos de los internos y sus dificultades para llevarlos a cabo. En lugar de dar respuestas a los interrogantes de los participantes, se trató de orientarlos para que exploraran las posibles alternativas con el grupo. En este contexto, el método a emplear en la realización de los talleres debe crear un clima de confianza que permita develar las conductas íntimas, y más aun, las razones que las motivan.

Los nuevos enfoques sobre el cuidado de la salud señalan la importancia de tratar de ayudar a las personas a entender sus problemas a partir de la comprensión de sus causas. Los talleres se centraron en las experiencias de los participantes, más que en los conocimientos de los coordinadores. En consonancia con lo anterior, se trató de evitar la arrogancia de creer que las personas cambian su conducta a partir de la actividad educativa. En lugar de eso, intentamos dar lugar a una reflexión progresiva.

La modalidad de taller implica el trabajo de todos los que participan, tanto de los internos como de los talleristas, procurando evitar una actitud pasiva y meramente receptora de la información. Para contribuir a lograrlo, se utilizó una disposición espacial circular y/o de medialuna quebrando la idea de centro o cabecera y aprovechando, cuando fue posible, la pizarra.

Tomando como base el enfoque descripto, diseñamos los talleres con internos haciendo eje en los temas cuya comprensión aparecía como más dificultosa o más relevante para las personas privadas de la libertad. Desde este punto de partida, indagamos a fin de detectar las dificultades que los participantes encuentran para asumir conductas preventivas en la vida cotidiana -dentro y fuera de las cárceles- así como también circunstancias propias del ambiente carcelario que limitan las conductas seguras.

En cada una de las tres unidades en las que se trabajó realizamos dos talleres con grupos de entre siete (7) y dieciseis (16) personas, de modo tal de favorecer la participación y crear el clima imprescindible para generar un diálogo íntimo dentro del grupo. Cada uno de los talleres se desarrolló en dos sesiones de alrededor de una hora y media de duración, a veces en días consecutivos y en otras ocasiones hasta con una semana de intervalo entre la primera y la segunda sesión de un mismo taller. Los internos participantes en los talleres sumaron un total de 72.

Los temas conflictivos fueron diferentes en las distintas unidades en las que se llevó a cabo la experiencia. Esto fue consecuencia de que se trabajó con tres grupos con características e

inquietudes particulares: varones jóvenes, varones adultos y mujeres adultas. Así, las cuestiones a tratar y el método más adecuado para hacerlo fueron adaptados en cada caso.

Propusimos juegos de contenido educativo que, a la vez que cumplían una función pedagógica (preguntas habituales, mitos, formas de transmisión, formas de prevención), permitían la integración de los más inhibidos.

Los juegos variaron con cada grupo a fin de no perder la espontaneidad, evitando que los internos supieran de antemano –por medio del grupo participante en el primer taller- cuál sería la propuesta. Con los hombres adultos se utilizó la dramatización de situaciones de difícil abordaje verbal (deseo sexual dentro de las prisiones, creencias sobre el preservativo, atención médica en el penal, solicitud de testeo para VIH). Las dramatizaciones fueron hechas por los mismos participantes o bien por un actor quien exponía en un monólogo las dificultades para sostener conductas preventivas.

La última tarea que se le pedía al grupo era utilizar todo lo discutido en los talleres para la realización de folletería y pósters destinados a una campaña de prevención de VIH dirigida a internos de otras unidades. De este modo, no sólo se trató de evaluar el resultado de la actividad, sino también obtener material educativo elaborado en un lenguaje de pares, tanto en edad como en contexto social, pero sobre todo por la situación de detención.

Como parte de los talleres se utilizó también un buzón para preguntas anónimas, las cuales eran contestadas, en muchos casos, por el mismo grupo de pares. Asimismo, durante la primer sesión de cada taller se entregó, además de preservativos, material educativo - folletos de tres tipos distintos- destinado a ampliar la información brindada en el taller y para que las dudas que surgieran de su lectura pudieran ser canalizadas a través del buzón o en forma personal.

3. Resultados

A diferencia de los talleres de prevención realizados extra-muros, en las cárceles es necesario quebrar el marco de desconfianza en que se mueven todos los actores involucrados. Las personas privadas de la libertad viven en un medio reticente al diálogo franco, la confianza y la discusión desprejuiciada de las acciones humanas. En estas circunstancias, lo que prima no es la voluntad de las personas, sino que, por el contrario, las conductas de las personas privadas de su libertad deben adecuarse a lo pautado por los reglamento. Así, el trabajo en talleres requiere la liberación del individuo, dirigida a movilizar los sentimientos y lograr la manifestación abierta de temores, dificultades y creencias profundos.

Teniendo en cuenta estas premisas, durante los talleres realizados en el marco del Proyecto, se creó un espacio de diálogo abierto, utilizando un lenguaje claro, sin tecnicismos. Esto es fundamental para hacer aprehensibles cuestiones relacionadas con la salud a personas que no sólo no están inmersas en el tema, sino incluso, muchas veces, lo desconocen casi completamente.

Se trabajó a partir de las preguntas y opiniones de los participantes para mostrar la posibilidad de educarse entre pares y no necesariamente a través de profesionales como dueños del saber. Los participantes mostraron satisfacción con lo discutido, celebraron el poder descubrir su propio conocimiento, modificar o simplemente replantearse conductas riesgosas. Esta metodología reafirma la autoestima y da confianza en que el cambio es accesible.

Los internos tuvieron la posibilidad de hablar sobre temas considerados tabúes, a veces por primera vez, en un clima de respeto, libre de prejuicios pero también ameno, desmitificando ciertos saberes populares que parecían inmodificables.

Privilegiamos la profundización del debate sobre creencias, mitos y saberes para no provocar tedio con lo que ya conocían como vías de transmisión y su prevención. Pese a conocer el uso del preservativo y reconocer conductas riesgosas en su vida personal, las personas privadas de la libertad desestiman su eficacia y aun así se creen libres de la infección por VIH/SIDA. Aún cuando las mujeres acuerden con el sexo seguro, quedó en evidencia que su capacidad de negociación sobre el uso del preservativo con su pareja es limitada. La sexualidad es un tema tabú, del que muy difícilmente hablan con la propia pareja ni con los amigos. Las creencias sobre la sexualidad y el placer influyen sobre la posibilidad de llevar una vida sexual plena y segura, no sólo de enfermedades sino también de embarazos no deseados.

Tal como el resto de las personas, los internos consideran que la drogadicción riesgosa sólo está asociada a las drogas conocidas como “pesadas” o al uso de la vía endovenosa para su consumo. La ingesta de alcohol, psicofármacos o el consumo de marihuana no son percibidos como posibles desencadenantes de conductas no protegidas.

Las personas privadas de la libertad creen que conocer quiénes están infectados los resguarda de un riesgo mayor y que el hecho de “saber” no es motivo de actitudes discriminatorias hacia aquellos. Por el contrario, muestran protección y solidaridad con el compañero infectado. Esta situación generó un debate en los talleres acerca del derecho a la confidencialidad de quienes están infectados, en un medio donde los convivientes exigen saber quién es portador de VIH.

Consideramos importante que los talleres sean desarrollados por organizaciones ajenas al Servicio Penitenciario Federal. Esto facilitaría notablemente la generación del marco de confianza necesario para realizar este tipo de actividades, evitando inhibiciones y favoreciendo la exposición de todas las preocupaciones y obstáculos para aplicar conductas preventivas así como también las dificultades que los internos tienen a este respecto durante la detención. La evaluación de riesgos de infección intramuros y en qué medida la estructura funcional de los centros de detención puede favorecerlo, sin dudas, debe hacerse desde una perspectiva externa a la institución.

Entendemos que fue sumamente positivo que los participantes pudieran divertirse en un taller de medicina preventiva, reforzando la idea de que es posible ver los temas de la salud de otro modo y que es factible abordar algo tan doloroso como el SIDA de una manera poco formal pero, a la vez, muy eficaz y positiva.

Los internos se mostraron más abiertos al diálogo de lo que esperábamos, lo que demuestra que la necesidad de hablar y exponer dudas es enorme, así como también las ansias de manifestar la angustia que sienten por su condición de infectados por VIH o la de personas cercanas a ellos. A pesar de esto, la homosexualidad y el uso de drogas dentro de las cárceles son temas que todavía resultan de difícil abordaje. Los jóvenes se mostraron más proclives al cambio y a preguntar sobre lo que no conocen, mientras que, por el contrario, los hombres adultos fueron más reticentes a hablar de sus dificultades para llevar una vida sexual sin riesgos.

De los talleres surgió que las mujeres están más concientizadas acerca de los riesgos que implica la maternidad en caso de estar infectada con VIH. En contraposición, los hombres tienen dificultades en comprometerse con una paternidad responsable y conocer sobre la transmisión de VIH a los niños.

Los objetivos y método planteados nos exigieron una evaluación diaria del desarrollo de los talleres, tanto para redefinir la propuesta de trabajo de la segunda sesión de la actividad de acuerdo a las necesidades y a las características del grupo como para reunirnos con el nuevo grupo dentro de la misma unidad.

El acercamiento y el diálogo franco, requisitos indispensables a cumplir para alcanzar un desarrollo óptimo del trabajo de taller, son aún más difíciles de lograr cuando los participantes son personas privadas de la libertad: ellas tienen un lenguaje y códigos propios. Por otra parte, el material gráfico distribuido como parte de las campañas preventivas suele ser tedioso o incomprensible para el receptor y, por lo tanto, inútil para los fines que fue creado. Por ello, el hecho de que los internos pudieran producir material gráfico de prevención para sus compañeros, resulta de gran valor y utilidad para mejorar el acceso a este tipo de poblaciones por parte de quienes trabajamos en medicina preventiva. De hecho, fue muy útil la participación de las internas de una de las unidades en un taller de marketing, pues pudieron vincular lo aprendido en ambas actividades y volcarlo en sus producciones gráficas. Acceder a este tipo de poblaciones será siempre un desafío. Quizás la mejor manera de superarlo, sea con su ayuda.

En general, hubo colaboración con las actividades de taller por parte de los funcionarios del Servicio Penitenciario. Sin embargo, dejaron ver que todo lo que afecte la rutina habitual, resulta molesto. Esto tuvo un correlato en los retrasos producidos para el inicio del taller en algunas unidades y en la poca difusión que les dieron entre los internos. Por otra parte, la resistencia del Servicio Penitenciario Federal a actividades como la desarrollada por el CELS se reflejó en la negativa a distribuir preservativos entre los participantes de uno de los talleres, con el argumento de que ello alteraba a los internos.

Pese a estas resistencias, resulta necesario conservar, ampliar y profundizar estos espacios ya que puede tratarse, a veces, de la única posibilidad que tienen las personas privadas de la libertad de participar en actividades destinadas, no sólo a prevenir la infección por VIH, sino también a favorecer el desarrollo de una sexualidad segura y libre y tratar el problema de las adicciones desde una perspectiva diferente.

Por otra parte, el cumplimiento efectivo de los objetivos que se pretende alcanzar con este tipo de actividades implica forzosamente la participación de un grupo reducido de personas. Por este motivo, resulta imprescindible la multiplicación de los talleres a fin de facilitar el acceso a ellos de toda la población carcelaria. Dado que ésta, a su vez, es muy cambiante, la asistencia a talleres de prevención de VIH/SIDA debiera ser una actividad integrada de forma permanente a la rutina de las personas privadas de la libertad teniendo en cuenta que la epidemia no parece detenerse sino, por el contrario, avanzar.

DIAGNÓSTICO SOBRE VIH/SIDA EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS FEDERALES

Gustavo Plat y Dora del Valle Pugliese

1. Introducción

El desarrollo del proyecto "*Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria*", a cargo del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), con el apoyo del Proyecto LUSIDA, tuvo dos objetivos principales: a) detectar y modificar los hábitos riesgosos de la población penitenciaria en relación con la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA, y b) detectar y ayudar a corregir las prácticas institucionales que obstaculizan la prevención y el tratamiento adecuados de VIH/SIDA –y otras enfermedades de transmisión sexual- entre las personas privadas de la libertad.

Con los objetivos descriptos, el equipo del CELS llevó a cabo diversas acciones en el Complejo Federal de Jóvenes Adultos, en la Unidad N° 31 y el Complejo Penitenciario Federal I, caracterizados todos ellos por ser establecimientos de construcción y ocupación reciente y que involucran a una población penal de perfiles diferentes.

En el ámbito penitenciario federal se alojan en la actualidad más de 7.400 personas a las que se aplican las disposiciones de la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, la cual, entre otras cosas, fija las reglas relativas a la asistencia médica de los internos.

Los servicios médicos de los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, ubicados en la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, intervienen en la asistencia de casi el 70 % de los internos del sistema federal.

La incorporación de nuevos establecimientos al Servicio Penitenciario Federal (SPF) durante la segunda mitad de la década pasada ha proporcionado, desde nuestro punto de vista, una oportunidad única para que la Administración internalice rutinas diferentes o novedosas. Estas rutinas deben estar dirigidas a asegurar una prestación en materia de salud compatible con la exigible por el común de los ciudadanos en el medio libre y alejadas de las disfunciones más clásicas de las administraciones penitenciarias.

Sin embargo, en el cuadro presentado por el *Informe de la Procuración Penitenciaria 2000-2001*, en su parte referida a las características del servicio de atención a la salud de los establecimientos penitenciarios del área bonaerense, se destaca lo siguiente:

- la constatación del deterioro en la composición del plantel profesional.
- el alejamiento del personal médico por renuncia o licencia por enfermedad, causados por las condiciones distresantes en que deben cumplir sus tareas.
- la insuficiencia del procedimiento de provisión de medicamentos, habiéndose constatado frecuentes reclamos por falta o discontinuidad en el suministro de remedios específicos prescritos por los profesionales médicos, por causales imputables a la administración penitenciaria, a lo cual debe sumarse las dificultades que acarrea el procedimiento de obtención de los medicamentos a través del Ministerio de Salud
- dificultades para la obtención de los turnos en los Hospitales extramuros;
- pérdidas de turnos para la realización de consultas y/o estudios en Hospitales extramuros;
- los diagnósticos de VIH y enfermedades asociadas representaron un 9,40% de los realizados por la Procuración Penitenciaria en el período que abarca el informe.

Los tres establecimientos seleccionados por el CELS para el desarrollo de las acciones del Proyecto acumularon más de la tercera parte de los reclamos de asistencia médica recibidos en la Procuración Penitenciaria durante el año 2001. En particular, el Complejo Penitenciario Federal I es el establecimiento en donde mayor es la probabilidad de que un interno sea objeto de un diagnóstico médico por parte del equipo médico de ese Organismo. El cuidado de la salud de los internos alojados en el Complejo Penitenciario Federal I incluso requirió de un tratamiento especial en el informe anual del Procurador, entre otros motivos, en razón de los problemas detectados en la confección de las historias clínicas.

En cada uno de los establecimientos visitados se procuró mantener entrevistas con funcionarios de las áreas de dirección, salud, seguridad y educación a fin de obtener un conocimiento acabado de la percepción del personal en relación con las prácticas institucionales; los principales obstáculos que dificultan una gestión adecuada y la detección –para su subsiguiente modificación- de aquellas prácticas que impiden una prevención y/o tratamiento apropiados de VIH/SIDA entre las personas privadas de la libertad. Asimismo, las entrevistas estuvieron destinadas a evaluar el conocimiento de los funcionarios en referencia a esta infección, sus formas de transmisión y los métodos para prevenirla. También se mantuvieron entrevistas individuales con algunos internos con quienes, posteriormente, se realizaron talleres de prevención. Así, se entrevistó en profundidad a seis (6) internos -dos por cada unidad visitada- y, luego de los talleres, se mantuvo conversaciones más informales con otros tantos.

Se prepararon juegos para facilitar la expresión de los internos y generar un debate. Asimismo, se previeron actividades con relación al uso de preservativos: su colocación, función anticonceptiva, dificultades en su uso y mitos al respecto. Otra de las actividades propuestas consistió en la elaboración de materiales destinados a la prevención, sobre la base de los conocimientos adquiridos en el taller.

Las entrevistas y los talleres derivaron en la compilación de una serie de observaciones que se trasladaron al personal directivo y a los profesionales de cada uno de los establecimientos, en procura de alcanzar un consenso sobre la posibilidad de modificar las prácticas nocivas.

El relato de la experiencia y las reflexiones surgidas a partir de ella, fueron objeto de consideración en una reunión de trabajo llevada a cabo en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación el 12 de diciembre de 2001, con presencia de los funcionarios de más alta jerarquía del Servicio Penitenciario Federal y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

A continuación, se presentará una síntesis de distintas dimensiones evaluadas a lo largo del Proyecto.

2. Compromiso institucional

El interés de los funcionarios penitenciarios por las cuestiones abordadas durante el desarrollo del Proyecto no fue homogéneo.

En algunos casos hemos advertido la intención de los funcionarios de recrear espacios destinados a la capacitación y a la reflexión y análisis de cuestiones que dificultan la gestión institucional.

En otros casos, se advirtió el despliegue de cierta actitud “defensiva” y la percepción de que actividades como la desarrollada por el CELS -y otras propiciadas por el Ministerio de

Justicia y Derechos Humanos de la Nación- constituyen una interferencia en el desarrollo de las actividades esencialmente penitenciarias, cuando no una intromisión o una subestimación de las capacidades y conocimientos del personal.

En todo caso, resultó evidente la ausencia de criterios homogéneos mínimos para el tratamiento de las cuestiones relacionadas con la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en los establecimientos.

3. Condiciones edilicias

Corresponde otorgar valor al reconocimiento generalizado –entre los funcionarios penitenciarios- de la trascendencia de condiciones edilicias adecuadas, en la posibilidad de promover formas de trabajo diferenciadas de las que caracterizan habitualmente la gestión penitenciaria. Algunas de las dificultades observadas, sin embargo, conspiran contra un aprovechamiento integral de las posibilidades que proporciona el establecimiento, con miras a procurar un mejor desempeño institucional.

Los propios internos señalan que las condiciones de los establecimientos –más confortables, salubres y seguros que los tradicionales- favorecen la disminución de conflictos y situaciones de tensión tanto entre los compañeros como con los miembros del Servicio. Por ende, disminuye la posibilidad de que sucedan hechos que deriven en situaciones de transmisión del virus o de empeoramiento del estado de salud de un enfermo.

4. Atención médica

Hemos considerado diversas cuestiones vinculadas con aspectos que involucran especialmente el desempeño de los profesionales de la salud.

4.1. Continuidad de los tratamientos implementados y entrega de resúmenes de las historias clínicas

La ausencia de un procedimiento veloz destinado a verificar el tratamiento de VIH/SIDA que viene realizando la persona que ingresa a un establecimiento penitenciario, motiva su suspensión y la consecuente repercusión de ello en el éxito de la acción terapéutica oportunamente adoptada.

Tal falencia, ha sido reconocida por los funcionarios y considerada como un “bache insalvable”. El mismo inconveniente se presenta, en sentido inverso, al momento en el que la persona egresa del establecimiento. En tal situación, hemos advertido que no se asegura la entrega de información a la persona que recupera la libertad a fin de permitirle continuar con los tratamientos médicos iniciados en prisión.

El suministro de una síntesis escrita de los aspectos más relevantes del tratamiento recibido o de los antecedentes clínicos para permitir una adecuada atención -evolución y seguimiento- de la salud de las personas que han obtenido la libertad, no es una práctica adoptada en el ámbito penitenciario. Así, las personas que realizan tratamiento Antirretroviral ven obstaculizada su continuidad tanto al ingreso al sistema penitenciario como a su egreso, hasta tanto se vincule con otra institución pública que lo provea de la medicación.

En un plano general, también se advirtió la ausencia de análisis estadístico sobre VIH/SIDA. Su desarrollo en cada establecimiento permitiría una evaluación adecuada de la

gestión sanitaria, contribuyendo a la adopción y modificación de las políticas en la materia, sobre todo en los establecimientos de gran escala.

4.2. Calidad de la atención médica

Han sido numerosas las referencias a la demora con la que suelen ser atendidos los reclamos de asistencia médica de los internos. Sin embargo –salvo en la Unidad N°31- el problema no estaría asociado con la relación entre el número de internos y de profesionales de la salud que se desempeñan en los establecimientos penitenciarios.

En algunos casos, tal dilación podría conspirar contra la detección precoz de las patologías. A su vez, la excesiva demora en la obtención de los resultados de laboratorio, obstaculiza la adecuada ponderación de la evolución del tratamiento, cuando ya ha sido prescripto.

Por otra parte, la reiteración y persistencia de los retrasos contribuye a fomentar el recelo entre los internos en relación con el personal, lo que impide visualizarlo como un referente en quien confiar y al que recurrir ante dudas, o situaciones especiales, vinculadas a la prevención o transmisión de VIH. La incertidumbre conduce a que los internos se formen su propia impresión sobre la frecuencia que deben tener los controles médicos.

La ausencia de información precisa sobre el estado de salud de los internos contribuye a fomentar la actitud descripta. Ello se refleja, en parte, en la gran demanda de atención psiquiátrica –no siempre justificada- reconocida por el personal penitenciario.

Los reclamos de los internos dirigidos a instancias administrativas y judiciales son numerosos, según fuentes de la Procuración Penitenciaria.

Los propios internos han descripto, la existencia de criterios y modalidades de atención diferentes según las unidades en las que han estado alojados. Ello origina expectativas diferentes que, al no ser satisfechas, derivan en un incremento de la ansiedad y la demanda.

De allí que concluyamos en la conveniencia de revisar y sistematizar los criterios de atención empleados por los profesionales de los diversos establecimientos.

4.3 Procedimiento de testeo

En general se ha observado que no existe un criterio que, de manera uniforme, considere el abordaje del procedimiento de testeo.

Hemos llegado a la conclusión de que, en una de las Unidades, no se requiere la conformidad informada de quien es examinado, para la realización del test de VIH. La práctica de los profesionales en el sentido de indicar la realización de los exámenes, aún cuando ello no fuera requerido o aceptado expresamente por las internas, debe cesar inmediatamente.

En otros establecimientos, en cambio, fue difícil establecer cual era el criterio que resolvía la oferta de realización del test.

Otra de las observaciones comunes a los establecimientos es la no realización de entrevistas previas al test -con el objeto de evaluar los factores de riesgo que exhibe el interno- ni posteriores al conocimiento del resultado, en las que se considere la consistencia entre el pronóstico realizado en la entrevista previa y el resultado verificado.

El contenido de las entrevistas de devolución –en las que se suministra información sobre el resultado del test- y las recomendaciones que en ellas debería recibir el interno, no parecieran ser objeto de una consideración específica por parte del personal pese a su enorme trascendencia.

La entrevista constituye una oportunidad para considerar la posibilidad de mejorar la calidad de la información con la que cuenta el interno/a en materia de prevención, despejar los interrogantes que pudieran surgir sobre su situación de salud y alertar sobre el alcance de la información que le ha sido proporcionada.

Es claro que no se ha advertido que exista una sistematización de la mecánica de esta actividad.

También se ha percibido que suele verificarse una excesiva dilación entre el momento en que se realiza el procedimiento de testeo y aquel en que se informa sobre su resultado. Creemos que resultaría de interés considerar los factores que ocasionan tal demora –que en ocasiones excede los seis meses- y la mecánica que correspondería emplear para corregir tal situación.

Por otra parte, se han advertido situaciones en las que los internos concluyeron que el testeo había resultado negativo ante la ausencia de información expresa en otro sentido. Así, la falta de devolución de los resultados negativos -con la correcta evaluación de su valor predictivo- pone en crisis buena parte de la utilidad de la oferta realizada a los internos.

Estimamos que un conocimiento adecuado de los motivos que conducen a realizar el ofrecimiento del testeo, de las condiciones en las que debe ser realizado y del circuito administrativo que se inicia cuando la oferta ha sido aceptada es imprescindible para evitar discursos contradictorios entre los funcionarios que contribuyen a generar incertidumbre y recelo entre los internos, entre quienes se percibió buena disposición para aceptar la oferta de testeo.

Finalmente, tampoco fue posible advertir la existencia de actividades dirigidas a promover la aceptación del testeo por parte de aquellos internos que inicialmente lo hubieran rechazado. Entendemos que el ofrecimiento del testeo deberían incluirse en aquellas actividades dirigidas a difundir la información destinada a la prevención de la transmisión del virus.

5. Prevención y políticas de reducción de daños

En relación con las políticas de reducción de daños hemos advertido posturas muy diversas, aunque todas ellas con un denominador común: la ausencia de un compromiso decidido de la administración destinado a reducir las posibilidades de infección por VIH dentro del establecimiento.

Ello se explica por diversas circunstancias. La más relevante, es la ausencia de convicción sobre la utilidad de su implementación. La cuestión relativa a la distribución de preservativos entre los internos constituye, sin lugar a dudas, un ejemplo paradigmático en este sentido.

En general, los funcionarios han hecho hincapié en que la distribución de preservativos entre quienes están privados de la libertad propiciaría el desarrollo de conductas riesgosas dentro de los establecimientos. También han señalado la presunta “inutilidad” de la distribución, por cuanto las relaciones entre los internos no son posibles -por no autorizadas

y vigiladas- y los preservativos terminan siendo empleados en situaciones que derivaban en actos de indisciplina. En definitiva, se señala que la distribución de preservativos entre los internos implicaría, implícitamente, un aval a conductas antirreglamentarias.

Esta situación es particularmente peligrosa teniendo en cuenta dos circunstancias. Por una parte, la existencia –reconocida tanto por internos como por funcionarios- de relaciones homosexuales entre los internos; y, por otra, la importante cantidad de internos que mantienen visitas conyugales.

Aún cuando la disponibilidad de preservativos en ocasiones en que los internos/as reciben visitas conyugales -o mantienen este tipo de encuentros con personas privadas de la libertad en otros institutos penitenciarios- es la posibilidad que mayor aceptación reúne entre el personal penitenciario, en la actualidad, dicha disponibilidad no está asegurada.

Aunque el Proyecto LUSIDA y el Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos de la Nación han encarado iniciativas en ese sentido, los funcionarios penitenciarios alegan que la ausencia de un suministro regular de preservativos a cada establecimiento impide asegurar su entrega a la población penal.

Ni el personal ni los internos conocen acerca del consumo de drogas por vía endovenosa o la realización de tatuajes en las unidades en las que se alojan, aunque sí admiten que ello sucede en otros centros de detención. En relación con el tatuaje, señalaron que la vigilancia y desaprobación generalizada habrían conducido a una franca disminución de la práctica. Así, aunque los entrevistados estimaron innecesaria la implementación de una política de reducción de daños sobre ese particular, no puede desconocerse su utilidad en contextos en que estas conductas riesgosas sí existen.

No puede dejar de mencionarse la falta de disponibilidad permanente de guantes de latex por parte de los funcionarios penitenciarios como una situación que conspira contra la prevención de la infección por VIH. Si bien surgió de las entrevistas mantenidas que los guardias llevan consigo los guantes durante las requisas, es necesario resaltar la importancia de que los funcionarios estén provistos de estos elementos en todo momento a fin evitar riesgos innecesarios, tanto para las personas privadas de la libertad como para quienes están encargados de su supervisión.

De las apreciaciones de los internos y el personal puede deducirse que la distribución de folletería y la colocación de afiches en cartelas no han constituido la modalidad más idónea para proporcionar información sobre VIH/SIDA y enfermedades infecto-contagiosas. En contraposición, la realización de talleres de discusión sobre estos u otros tópicos son bien vistos tanto por personal como por los internos. Así, destacan la atracción que implica el empleo de metodologías participativas, en las que se utilice un lenguaje franco y carente de tecnicismos, resaltando la necesidad de otorgarles continuidad.

En este sentido, corresponde detenerse para advertir sobre la ausencia de programas permanentes en los establecimientos penitenciarios destinados a la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Muchas de las consultas recibidas durante los talleres, e incluso de manera anónima, nos permitieron establecer el profundo interés de los internos por estas cuestiones y la importancia de la realizar este tipo de actividades para alertar sobre conductas riesgosas y alejar algunas creencias y mitos muy arraigados.

De hecho, hemos advertido que la actividad sexual sin protección no es percibida entre los internos como un factor de riesgo que favorece la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. El temor a la infección se desplaza a otros objetos o situaciones

tales como tomar mate, entrar en contacto con heridas o someterse a tratamientos odontológicos.

De lo antedicho se desprende que es necesario modificar la postura institucional respecto de las actividades de prevención de enfermedades de transmisión sexual y las políticas de reducción de daños si se quiere alcanzar un compromiso consistente con la modificación de determinadas prácticas riesgosas para la salud de las personas privadas de la libertad.

6. Nivel de conocimiento

Entre los internos existe un buen nivel de conocimiento en cuanto a las formas de infección por VIH y al uso de preservativo en la relación sexual. Sin embargo, hay rechazo a su utilización. Hay estigmatizaciones en cuanto a quién se debe cuidar o a quién puede contagiarse. Es muy difundida la creencia de que algunos están más expuestos que otros. Entre los internos, el sexo sin protección no es percibido como peligroso. Hay una negación a ver el SIDA como un tema sexual. Pese a ello, reconocen al sexo como una potencial forma de transmisión y saben que la utilización del preservativo la evita.

En general, las personas privadas de la libertad conocen menos sobre métodos de anticoncepción y de prevención de la transmisión de VIH/SIDA al hijo.

No existe buen conocimiento sobre la enfermedad por VIH, ni siquiera por parte de los infectados. En este sentido, no conocen bien sobre los estudios que deben realizarse ni sobre las drogas que usan. Esto deriva en una mayor demanda de atención que la necesaria, lo cual podría revertirse brindando mayor información a los internos durante las entrevistas médicas.

En las entrevistas con los funcionarios penitenciarios que mantienen contacto directo con los internos, advertimos un interés diverso por la materia, más allá de su percepción sobre la existencia de riesgo de infección por VIH en determinadas situaciones.

Tal como se mencionó anteriormente, en general, no se advirtió que el personal dispusiese de guantes de manera constante. En algunos casos, ello sucede por cuestiones de logística de sencilla solución, mientras que en otros, por la ausencia de un conocimiento acabado sobre la importancia de su utilización. En ningún caso advertimos la existencia de una norma o instrucción referida a cuestiones de bioseguridad que, por ejemplo, imponga al personal la provisión, tenencia y empleo de los guantes de látex.

7. Confidencialidad

El reconocimiento del principio de confidencialidad dentro de la prisión sufre una merma como consecuencia de las características que adopta la atención de la salud de una persona portadora de VIH dentro de un establecimiento carcelario.

Si bien es evidente que existe una dificultad para evitar la difusión del carácter de infectado de un interno –sobre todo cuanto se encuentra sometido a algún tratamiento–, ello no debe constituir un obstáculo para que los funcionarios eviten la difusión de tal información entre el personal o el resto de los internos.

En este sentido, no hemos advertido que los funcionarios penitenciarios asuman la obligación de mantener la reserva. Por el contrario, en muchos casos incluso dan por hecho que se encuentran liberados del deber de resguardo, ya sea como consecuencia de la actitud

del propio interno de dar a conocer su condición o de las dificultades materiales para que la situación no trascienda.

Si bien es cierto que los propios internos, en la mayor parte de los casos, aprueban la ausencia de confidencialidad y le asignan al “deber de información” la utilidad de una herramienta de prevención, también hemos conocido casos de personas privadas de la libertad que preferirían que se respetara su derecho a la confidencialidad y viven su ausencia con resignación.

Cabe reconocer en la existencia de normas diferentes dentro de la cárcel -propias de una “subcultura”- y en las dificultades inherentes al encierro carcelario (“todo se sabe”), obstáculos de difícil remoción. No resultó posible advertir mecanismos que condujesen a una modificación de las prácticas y las convicciones tan notablemente arraigadas entre los involucrados.

8. Consideraciones finales

Podríamos decir que la experiencia desarrollada por el Proyecto “*Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria*” inicia un camino que debe seguir recorriéndose si queremos disminuir la transmisión de enfermedades en las prisiones.

Las relaciones sexuales entre internos existen, las drogas entran a las cárceles -en algunas con más facilidad que en otras- y estas son realidades que, aunque antirreglamentarias, no pueden obviarse, máxime cuando estamos frente a una epidemia que continúa en expansión. Frente a estos hechos, lo que cabe es reducir los daños a la mínima expresión.

El Servicio Penitenciario Federal cuenta con el personal y los medios suficientes como para proveer a los enfermos intramuros una atención médica del mismo nivel que aquella que reciben quienes se encuentran en el medio libre. Por ello, se debe trabajar para modificar aquello que impide la correcta atención de las personas privadas de la libertad, optimizando los recursos y monitoreando los pasos y plazos de los controles médicos y de laboratorio.

Resguardar el secreto médico y la confidencialidad es un deber del funcionario. Si bien el medio parece ser adverso al cumplimiento de esta obligación, es necesario seguir discutiendo los obstáculos que impiden el cumplimiento efectivo de este derecho y, en todo caso, analizar cuál es la política adecuada a tomar en este medio.

Las medidas de bioseguridad se deben poner en práctica en todo el establecimiento penitenciario y no sólo en el área médica, en donde normalmente se encuentran todos los instrumentos necesarios para protegerse de la transmisión de fluidos corporales. En un medio conflictivo y no exento de situaciones violentas, el personal debe estar instruído para enfrentar situaciones de riesgo para su salud y la de los internos y tener acceso inmediato a los elementos de protección.

En definitiva, la circunstancia de trabajar en condiciones cercanas a las ideales en lo concerniente a infraestructura, disposición de recursos y ausencia de factores conflictivos tales como la sobrepoblación y el hacinamiento, ha demostrado no ser suficiente para asegurar una adecuada prestación en materia de salud a quienes están privados de la libertad.

Para que ello suceda debe adquirir relevancia la capacitación constante, una organización más efectiva de los recursos disponibles, la adecuación de las normas administrativas

pertinentes y un compromiso institucional proporcional a la importancia de las cuestiones consideradas.

SIDA Y CÁRCELES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS

Gustavo Plat, Leonardo Filippini y Florencia Plazas

1. Introducción

Este artículo presenta una interpretación de la normativa destinada, específicamente o no, a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad y, en particular, de quienes están infectados con VIH/SIDA.

Así, partiendo del reconocimiento expreso del derecho a la salud en la Constitución Nacional, se analiza la aplicación de los estándares nacionales e internacionales en la materia, teniendo en cuenta las particularidades asociadas con la privación de la libertad de las personas:

2. El derecho a la salud y su reconocimiento en el sistema legal argentino

El derecho a la salud goza de reconocimiento expreso en nuestra *Constitución Nacional* (CN) desde la reforma constitucional de 1994.

Hasta entonces no existía ningún texto con jerarquía constitucional que lo consagrara de modo explícito y si bien podía entenderse que se encontraba reconocido tácitamente en el art. 33 de la CN, o que las obligaciones del Estado en la materia “podían inferirse de la mención al carácter ‘integral’ de la seguridad social y de la obligatoriedad de un ‘seguro social’, contenida en el art. 14 bis de la CN”¹, la inclusión del *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales* (PIDESC)² entre los instrumentos internacionales de derechos humanos que han obtenido jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN) modificó sensiblemente el panorama legal³.

El derecho a la salud genera en cabeza del Estado, no sólo el deber de abstenerse de toda interferencia activa, sino también la obligación positiva de asegurar determinado estándar preventivo y asistencial, una vez producida la afectación a la salud.

El artículo 41 de la CN, por ejemplo, reconoce el derecho de todos los habitantes a gozar de “un ambiente sano, equilibrado, [y] apto para el desarrollo humano...”; el artículo 42, que los “consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en relación de consumo a la protección de su salud...” y el artículo 75 inc. 23 establece que corresponde al Congreso Nacional “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular, respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”, así como “dictar un régimen de seguridad social especial integral en protección del niño en situación de desamparo y de la madre durante el embarazo y la lactancia”.

¹ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian; “El Derecho a la atención sanitaria como derecho exigible”. Nota a Fallo en Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo, Revista La Ley, 25 de junio de 2001, págs. 15/6.

² Adoptado por la resolución 2200 (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, abierto a la firma en la ciudad de Nueva York, el 19 de diciembre de 1966. Aprobado por la República Argentina según ley 23.313 (sancionada el 17/4/86; promulgada el 6/6/86; publicada BO, 13/5/86), juntamente con el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (PIDCP) y su Protocolo Facultativo.

³ Cfr. Abramovich, Víctor y Courtis, C; cit.

También son numerosas las normas con jerarquía constitucional que garantizan el derecho a la vida⁴ y a la integridad física y prohíben al Estado toda injerencia arbitraria sobre las personas⁵, así como también aquellas que consagran ámbitos de protección específicos sobre ciertos grupos como ancianos, niños o mujeres⁶ o que reconocen distintos derechos vinculados con aspectos específicos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades como el derecho a la información⁷ y el derecho a la no discriminación⁸.

Por último, frente a la lesión de cualesquiera de estos derechos o principios con jerarquía constitucional, se encuentra reconocido también el derecho a recurrir de modo sencillo y rápido ante los tribunales de justicia a fin de que se restablezca el pleno goce del derecho⁹.

Este sistema integrado por deberes de omisión y de acción frente a la salud de las personas —así como respecto de otros derechos flanqueantes—, junto a la red de remedios judiciales ante el incumplimiento, se repite como se verá más adelante, en los sistemas de reglas que refieren a VIH/SIDA y a las personas privadas de su libertad.

En el ámbito nacional, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha avanzado sobre la definición de la extensión de la obligación estatal, sentando importantes principios en materia de responsabilidad estatal frente al aseguramiento de la atención de salud

3. El derecho a la salud de las personas privadas de su libertad. Los derechos reconocidos.

En relación con la situación de las personas privadas de su libertad en general, también existen normas tanto del ámbito internacional como de derecho interno en las que puede considerarse implícita la consagración del derecho a la salud. El *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* establece que toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (art.10). Igual principio contiene la *Convención Americana de Derechos Humanos* (arts. 5.1 y 5.2).

Por otra parte, y aunque no se trata de un tratado internacional, las *Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (Reglas)¹⁰ contienen un valioso conjunto de principios sobre la salud en las cárceles. Las Reglas reúnen y ordenan las

⁴ A fin de clarificar el modo en que estos derechos tienen que ver con el derecho a la salud puede verse el siguiente ejemplo jurisprudencial. La Cámara Federal de Mar del Plata entendió, por ejemplo, que el derecho a la vida, implica el derecho a una buena calidad de vida, "... y, por consiguiente, a una adecuada atención médica". Para ese tribunal, "la contracara del derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a una adecuada atención médica es una obligación 'activamente universal' que no consiste en una abstención u omisión, sino en un hacer que existe ante o frente a toda la sociedad, de esta forma, en cada situación debe asignársele a tal derecho el contenido de la prestación posible debida al paciente enfermo" (Cfr. CFed. Mar del Plata, sentencia del 17 de junio de 1999 en la causa "Recalde, Norberto c. Dirección de Bienestar de la Armada, diario LL, 13/9/99).

⁵ Arts. 4 y 5 *Convención Americana de Derechos Humanos* (CADH); art. 6 PIDCP, *Convención contra la Tortura*.

⁶ Convención sobre los Derechos del Niño y Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

⁷ Art. 13 (CADH), art. 43 CN.

⁸ Art. 16 CN, art. 1.1 CADH; 2.1 PIDCP y 2.2. PIDESC.

⁹ Arts. 8 y 25 CADH, art. 14 PIDCP; arts. 18 y 43 CN.

¹⁰ Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

pautas mínimas admitidas por la comunidad jurídica internacional en materia de encarcelamiento. Si bien, en principio, no son vinculantes para los Estados, el altísimo grado de consenso en torno de ellas hace imprescindible su atención como guía principalísima en la evaluación de las condiciones de encierro. En fin, se trata de un núcleo de condiciones básicas que todo Estado debe asegurar a aquellas personas que se encuentran privadas de la libertad. Los criterios de las Reglas, por supuesto, no excluyen la posibilidad de que se consagren otras normas o prácticas ajustadas a sus principios, ni vedan ninguna interpretación más favorable a los derechos de las personas que el progreso de la discusión jurídica en torno de estas cuestiones permita fundar.

Existen otros instrumentos de derechos humanos en el ámbito internacional especialmente referidos a la situación de las personas privadas de su libertad como el Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión¹¹ y los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos¹². Estos instrumentos complementan y actualizan las Reglas Mínimas de Naciones Unidas y conforman un conjunto de principios mínimos que deben servir de guía a los Estados.

En el ámbito regional existe un proyecto de *Declaración Interamericana sobre los Derechos y la Atención de las Personas Privadas de Libertad*¹³. Este proyecto destaca la importancia de asignar infraestructura y recursos adecuados a los centros penitenciarios y de detención para garantizar condiciones apropiadas de prisión y detención (art. 6) y señala que toda persona privada de libertad debe tener derecho a la salud física y mental, así como a una atención médica adecuada, de conformidad con las disposiciones del artículo XI de la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* y del artículo 12(1) del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. El proyecto también establece en su artículo 29 que el personal médico y el calificado en salud deben mantener una vigilancia permanente sobre las condiciones médicas y sanitarias de los centros penitenciarios y de detención y deben diagnosticar, seleccionar y proveer atención a todas las personas privadas de libertad, incluyendo aquellas que sufran de enfermedades crónicas como la adicción a las drogas, cualquier discapacidad o enfermedades infectocontagiosas. Asimismo, asegura que se debe ofrecer tratamiento especializado a los internos que lo requieran, incluyendo a los que sufran de alcoholismo, hayan cometido infracciones sexuales o sufran de drogadependencia.

Ya a nivel nacional, la ley 24.660, de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, también reconoce que los internos tienen derecho a la salud y dedica un capítulo de sus regulaciones a este tema¹⁴. En la lógica de la ley, la atención de la salud de los internos se relaciona, además, con el régimen mismo al que están sometidos los internos pues según el artículo 58 de la ley “... el régimen penitenciario deberá asegurar y promover el bienestar psicofísico de los internos”. Si bien es una cuestión discutida en doctrina, muchas provincias han dictado también leyes de ejecución relativas a la situación de las personas detenidas en sus respectivas jurisdicciones. Estas leyes, en general, han replicado el reconocimiento del derecho a la salud de la ley nacional¹⁵.

¹¹ Adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 43/173 del 9 de diciembre de 1988.

¹² Adoptados y proclamados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 45/111 del 14 de diciembre de 1990.

¹³ Este proyecto es impulsado por el gobierno de Costa Rica y por la organización Reforma Penal Internacional.

¹⁴ Cfr. arts. 143 y ss.

¹⁵ Por ejemplo, la ley 12.256 de la Provincia de Buenos Aires.

Otras disposiciones legales reglamentan distintos aspectos que tienen directa relación con la situación de las personas privadas de su libertad y el alcance, en ese particular contexto, del derecho a la salud. El artículo 33 de la ley 24.660, por ejemplo, establece la posibilidad de que personas enfermas en períodos terminales cumplan bajo arresto domiciliario las órdenes de encarcelamiento, como desde su redacción original lo hacía el artículo 10 del Código Penal. También el Código Procesal Penal de la Nación prevé la suspensión de la prisión en casos de enfermedad. Por otra parte, numerosas normas legales referidas a la situación de las personas detenidas consagran derechos accesorios como el de acceso a la educación, igualdad, no discriminación, etc.

4. La relación de sujeción especial entre el Estado y las personas privadas de libertad.

Una cuestión central que subyace a todas esas normas, es la referida a cuál debe ser, en definitiva, el efecto del encierro sobre el alcance de los derechos de las personas privadas de libertad, en tanto el encierro implica naturalmente la restricción de muchos derechos, pues es propio de la privación de la libertad la imposibilidad de su ejercicio.

Resulta trascendente establecer, entonces, si esta atenuación de los derechos es aplicable en las cuestiones vinculadas a la atención de la salud.

La doctrina y jurisprudencia han recurrido al instituto de las “relaciones de sujeción especial” para resolver ésta y otras cuestiones afines. Esta construcción nació en la jurisprudencia alemana respecto de los miembros de organizaciones cerradas o semicerradas que veían favorecido su funcionamiento a través de la consideración limitada de los derechos de sus integrantes.

De tal forma, el derecho a la libertad ambulatoria o de comercio de los miembros de un ejército, por ejemplo, no es nunca considerado con el mismo alcance que el de otras personas. En todos estos casos, la justificación general respecto del reatamiento de los derechos individuales se basó en el especial contexto de sujeción y en las utilidades institucionales que de ello se seguía.

La teoría se expandió hacia ámbitos institucionales distintos de aquellos a los que fue originalmente referida y alcanzó, entre otros, a la consideración de los derechos de las personas privadas de libertad. El argumento utilizado fue que el buen funcionamiento de los establecimientos de detención cerrados requiere no sólo de la afectación de la libertad de circulación de procesados y penados, sino también del menor reconocimiento de muchos otros de sus derechos. Esta ampliación de la teoría, no obstante, ha sido duramente cuestionada en doctrina pues, a diferencia de las instituciones estatales en las cuales puede justificarse una disminución en la consideración de los derechos, la imposición de castigo o de encarcelamiento preventivo a una persona, no puede tener efectos justificantes respecto de las restricciones de muchos otros derechos.

Así lo expresa Rivera Beiras al referirse a la jurisprudencia española: “... las limitaciones a los derechos fundamentales de los reclusos provienen de una antigua doctrina que, nacida en el ámbito del derecho administrativo de la Alemania decimonónica, pretendió configurar un ‘espacio ajeno al control del derecho’ y confió a la capacidad de auto-ordenación de la administración la regulación de numerosas situaciones, entre las cuales, y en primer término, se encuentra la penitenciaria. Esa categoría de las ‘relaciones de sujeción especial’ (RSE) reflejaba las ‘tensiones’ que en el seno del Estado provocaba la resistencia del Poder Ejecutivo a ser controlado por la jurisdicción, al menos en determinadas actividades. A partir de allí, la historia del progresivo reconocimiento de mayores cuotas de derechos fundamentales y, correlativamente los intentos por reducir las RSE (tensiones traducidas en

lo binomios derechos/disciplina; prevención/retribución; régimen/tratamiento, etc.) serán paralelos. La cárcel, entendida como cierta 'zona del no-derecho', encuentra allí su más evidente antecedente"¹⁶.

Algunos autores, aunque igualmente críticos de este fundamento restrictivo, señalan que es posible reconducir el contenido de estas relaciones hacia un estándar compatible con el reconocimiento de derechos. Lasagabaster, por ejemplo, admite "que una de las positivas consecuencias que, a la inversa, cabe deducir..., consiste en que queda clarísima la obligación de la administración penitenciaria de garantizar la vida e integridad de los reclusos..."¹⁷. Es decir, puede fundarse con base, precisamente, en el reconocimiento de la misma relación de sujeción, no una limitación genérica, sino, al contrario, un amplio espectro de obligaciones respecto de la persona cuya libertad está interdicta.

En el caso particular del derecho a la salud, por ejemplo, la especial relación que el Estado entabla con el privado de su libertad, antes que permitir algún tipo de restricción adicional sobre los derechos de la persona detenida, genera una carga adicional de deberes en cabeza del Estado, dirigidos por ejemplo a asegurar su atención de un modo privilegiado.

Cuando el Estado priva de su libertad a una persona, se adjudica con ello, además, una posición específica respecto de la persona detenida pues, sin perjuicio de la legitimidad de origen de la relación en virtud de la cual el Estado practica el encierro, frustra con ello las posibilidades de un eventual usuario del servicio de salud de procurarse por sí, prevención y asistencia. Luego, lejos de poder justificar un menor reconocimiento del derecho a la salud con base en la relación jurídica del encierro, el Estado compromete, a través de él, su responsabilidad por la merma en el acceso a los servicios de salud que sufre el detenido y por la generación de condiciones de detención tales que eviten daños a la salud de cualquier índole.

El Estado asume una posición de garante en virtud de la cual debe, como mínimo, compensar los efectos lesivos sobre la salud y los demás derechos que pudieran haberse evitado de no haber mediado la detención.

5. El VIH/SIDA en el ámbito carcelario.

5.1. Generalidades

En su mayoría, las normas relacionadas al tema VIH/SIDA, no hacen referencia explícita a la particular situación que enfrentan quienes se hallan privados de su libertad. Esta dificultad demanda un esfuerzo de "interpretación" o "asimilación" de las normas a la situación dentro de la administración penitenciaria.

No obstante, existen pautas muy específicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸. Luego de una convocatoria a expertos, esa organización fijó, en el año 1993,

¹⁶ Cfr. Los derechos fundamentales de los reclusos. España y Argentina. Rivera Beira, Iñaki y Salt, Marcos Gabriel. Editores del Puerto, 1999, pág. 135.

¹⁷ Cit. Por Rivera Beiras, pág. 125.

¹⁸ Estas reglas no tienen, en principio, fuerza vinculante.

varias directivas dirigidas a los responsables de la administración penitenciaria¹⁹. En ellas se señala que todos los detenidos tienen el derecho de recibir, a título preventivo y asistencial, los mismos cuidados respecto a su salud que se hallan disponibles para la comunidad, sin distinción de *status* jurídicos o nacionalidad²⁰ y en particular, que las administraciones carcelarias tienen la responsabilidad de definir y poner en acción políticas y prácticas que tiendan a crear un ambiente sano y a disminuir los riesgos de transmisión del SIDA en la población carcelaria respecto tanto de los internos como del personal²¹. Respecto de los exámenes se asegura su confidencialidad y el adecuado manejo de la información²², además de preverse una serie de medidas educativas y de trato a los pacientes detenidos.

En el ámbito local, la Resolución 787/91 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación: “Política normativa en relación a la Infección de VIH en los Servicios Carcelarios Federales” establece que los análisis de VIH deben ser voluntarios y consentidos por los internos y que el resultado de ellos debe ser secreto (art.1). Asimismo, en el artículo 2do. se dispone que los portadores asintomáticos, oligosintomáticos o infectados sintomáticos que no requieran internación no deben ser separados de la población común carcelaria. Como excepción, a esta regla se prevé que sólo en aquellos casos en que los infectados demuestren un proceder riesgoso en términos de transmisión del virus, podrán ser aislados del resto de la población. Debido a la excepcionalidad de tal medida, ésta deberá ser tomada conjuntamente por el Cuerpo Médico y por las autoridades de la unidad respectiva. De disponerse su aislamiento, se brindará al interno la asistencia médica y psicológica que su estado de salud requiera. La resolución también dispone la obligatoriedad del Estado de proveer tratamiento y medicación a todos los internos con VIH/SIDA (art. 6). De forma asistemática, además, existen regulaciones de diversa jerarquía dirigidas a regular la situación de confinamiento de los internos portadores de VIH o enfermos de SIDA.

5.2 Políticas de reducción de daños

Uno de los aspectos más interesantes en relación con la atención de VIH/SIDA en las cárceles tiene que ver con la extensión de los derechos a quienes se encuentran privados de la libertad y, en este marco, es importante la cuestión de la implementación de políticas de reducción de daños. Estas políticas tienden a la prevención de los daños potenciales asociados con el despliegue de ciertos comportamientos, más que a la prevención de esos mismos comportamientos²³. Frente a la epidemia de VIH/SIDA, estas políticas han demostrado gran eficacia en algunos casos²⁴ al punto de haberse afirmado que existe una “... clara diferencia en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y/o regiones que habían comenzado anteriormente con programas de reducción de daños y aquellos cuyos objetivos estaban orientados a la abstinencia”²⁵.

¹⁹ WHO guidelines on VIH infection and AIDS in prisons; WHO/Global Programme on AIDS/DIR/93.3. Reimpresión UNAIDS/99.47/E.

²⁰ WHO guidelines on VIH infection and AIDS in prisons, cit., principios 1 y 2.

²¹ WHO guidelines on VIH infection and AIDS in prisons, cit., principio 8.

²² WHO guidelines on VIH infection and AIDS in prisons, cit., principios 10 a 13.

²³ Como estrategia de intervención ante los problemas derivados del abuso de drogas el concepto de “reducción de daños” no comenzó a usarse hasta finales de los años 80 “... como respuesta a la importancia que adquirieron los problemas asociados al consumo, especialmente la epidemia del SIDA entre los usuarios de drogas inyectables” (cfr. Insúa, Patricia y Grijalvo, J; “Conceptos y estrategias fundamentales de los programas de reducción de riesgos y daños asociados al uso de drogas”; en Revista Actualizaciones en SIDA; Fundación Huésped; vol. 9, nro. 31, abril 2001, pág. 36).

²⁴ Cfr. Silverio, Ana V.; Reducción de daños en el consumo abusivo del alcohol; monografía (inédita) correspondiente al seminario “Reducción de daño en adicciones”; 12 de marzo de 2001.

²⁵ Cfr. Insúa y otro; cit., pág. 36.

Las modalidades de intervención que pueden adscribirse al paradigma de la reducción de daños son variadas y van desde la capacitación de farmacéuticos y auxiliares de farmacia como agentes de prevención de VIH/SIDA²⁶ hasta la instalación de “*Injecting Rooms*” o habitaciones de inyección de menor riesgo, —también llamadas narcosalas—, diseñadas para reducir los problemas de salud y de orden público asociados al uso ilegal de drogas inyectables²⁷.

En la prisión de mujeres de Hindelbank, Suiza, por ejemplo, se desarrolló en 1994 una experiencia de este tipo, a través de la provisión de agujas esterilizadas. La prisión albergaba alrededor de 100 mujeres, la mayoría de ellas privadas de la libertad por infracciones a la ley de estupefacientes. Durante la experiencia fueron ubicados varios *dispensers* en duchas y baños, para la provisión de agujas y a las mujeres se les permitía tener un equipo de inyección en un área restringida. La evaluación al finalizar el primer año demostró que no hubo nuevos casos de VIH o hepatitis y que la salud de las prisioneras había mejorado. Además, se observó un significativo descenso en el uso compartido de jeringas, sin que se verificara un mayor consumo de drogas ni la utilización de las agujas como armas²⁸.

Frente al problema del VIH en la cárcel, las políticas así enfocadas podrían contribuir a disminuir la mortalidad, reducir la transmisión de VIH, incrementar la toma de conciencia acerca de los riesgos y daños asociados al desarrollo de ciertas conductas o aumentar la calidad de vida de quienes tienen conductas de riesgo. No obstante, según afirma Luis Gustavo Losada, “[c]uando se habla de prevención [de VIH/SIDA], las estrategias llevadas a cabo en el orden federal son esencialmente pasivas, nutridas exclusivamente de información y educación. No existen programas donde se tiendan a minimizar los riesgos propios de la realidad carcelaria, partiendo de la aceptación de la particular subcultura de ese ámbito”²⁹. Por caso, poco antes de que esta observación fuese realizada, las autoridades del Servicio Penitenciario Federal, habían rechazado rotundamente una Recomendación del Procurador Penitenciario Eugenio Freixas dirigida a la facilitación de preservativos a los internos³⁰.

²⁶ La asociación civil *Intercambios*, desarrolló actividades en este sentido entre abril de 1998 y mayo de 1999 en la Ciudad de Buenos Aires, con el apoyo y participación del Programa LUSIDA del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (una descripción breve, en Revista *Infosida*; año 1 nro. 1, Dirección de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, págs. 26/9).

²⁷ En estas habitaciones se ofrece al usuario un equipo de inyección estéril, información sobre drogas y cuidados de salud y acceso al equipo médico; cfr. Insúa y otro; cit., págs. 42. Según estos autores la evaluación disponible sobre el uso de estas salas “... encuentra una disminución en los daños y riesgos relacionados con la inyección, incluyendo abscesos, sobredosis y transmisión de infecciones. También señalan un decrecimiento de los problemas de orden público asociados al uso ilícito de drogas, incluyendo la disminución del abandono de jeringuillas y el uso de sustancias en lugares públicos. Asimismo, parece darse un trasvase de usuarios hacia otros dispositivos de tratamiento”.

²⁸ Cfr. *Prison and AIDS: UNAIDS Point of View; Joint United Nations Programme on VIH/AIDS (UNAIDS) Best Practice Collection*; Aril 1997, pág. 5. Según ese informe, la de Hindelbank no fue la primera experiencia. En Oberschöngrün, también Suiza, se desplegó extraoficialmente un programa similar. Luego del éxito de Hindelbank otras prisiones, incluso dos en Alemania y una en Ginebra, desarrollaron sus propias experiencias; cit, pág. 6.

²⁹ Losada, Luis Gustavo, 1997, “Derecho a la salud, VIH/SIDA y Prisión”, en *Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal*, año V, nro. 9 A, Ad-Hoc, Buenos Aires, pág. 248.

³⁰ En su respuesta negativa, las autoridades penitenciarias sugirieron que lo que el Procurador Penitenciario pretendía era convertir las prisiones en inmensos albergues transitorios.

Con todo, la actitud institucional parece haber virado levemente. En julio de 2001 el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación permitió la entrega de preservativos a los internos del penal de “Villa Devoto”³¹ en el contexto del programa “Cárceles Saludables” y algunos proyectos del Ministerio de Salud de la Nación, desplegados en el marco del Proyecto LUSIDA, han tendido a incorporar en el ámbito carcelario las políticas de reducción de daños.

El punto que aparece jurídicamente comprometido es el referido a determinar en qué medida la implementación de este tipo de políticas es exigible al Estado. En otras palabras, ¿se trata de una actividad discrecional del Estado o, en virtud de las reglas vistas hasta aquí, es el estándar exigible cuando se trata de este colectivo especialmente tutelado? Si se afirma que “la población en las cárceles necesita tener acceso a la forma de reducir este mal, más de lo que lo necesita la población general”³² el interrogante es ineludible.

La cuestión es difusa, sin dudas, y no podemos pretender aquí dar una respuesta acabada al problema³³. Sin embargo, a la luz de las condiciones especiales en que se encuentran las personas privadas de libertad y en razón de las demás consideraciones según las cuales hemos entendido que el Estado se ubicaba en una especial situación de garante respecto del derecho a la salud de las personas privadas de su libertad, no parece arriesgado sugerir que el “máximo nivel de salud” que el Estado puede brindar a las personas privadas de libertad puede implicar la implementación de estas políticas o su continuidad, una vez que las ha adoptado.

El Estado realiza muchas especificaciones normativas acerca del modo en que las cárceles deben ser conducidas, entre otros fines, para que aquéllas sean sanas y limpias (CN, 18). Sin embargo, precisamente, las políticas de reducción de daños, encuentran en ello un escollo insalvable cuando su implementación es entendida como la afirmación de una infracción a esos juicios prescriptivos³⁴.

Las relaciones sexuales entre internos, por ejemplo, están prohibidas reglamentariamente y facilitar la entrega de preservativos a todo interno supondría, desde esta perspectiva, asumir, al menos, que el Estado es ineficiente e incumple con su deber de velar por el acatamiento de los reglamentos. Incluso más allá, otros podrían pensar que la entrega de preservativos no sólo refleja una omisión estatal en sus funciones de control, sino que constituye un aporte activo en la promoción de una práctica prohibida³⁵.

Desde una perspectiva restringida a la garantización del derecho a la salud, podría decir, en cambio, que el sometimiento sexual entre internos así como los actos consentidos entre ellos, prohibidos o no desde la perspectiva reglamentaria, son riesgosos desde el punto de vista de la prevención de VIH/SIDA y que, indudablemente, tal riesgo se vería reducido si

³¹ Cfr. Diario Página/12, 12-07-01.

³² Cfr. Riley A.; *Transmission of VIH in prison: prevention depends on enlightened approach* (letter); British Medical Journal, 1993;307:622, Center for Aids Prevention Studies; <http://www.caps.ucsf.edu/>

³³ Según UNAIDS, no se trata de opciones necesariamente sencillas de presentar y poseen problemas éticos y prácticos asociados; *Prison and AIDS: UNAIDS Point of View*, cit. pág. 6.

³⁴ Esta aparente contradicción ha sido entendida por las autoridades penitenciarias consultadas como un “doble mensaje”.

³⁵ En otros ámbitos, como los programas de intercambio de jeringuillas, se ha demostrado que este tipo de programas no aumentan el uso de drogas entre sus participantes; cfr. Vlahov, D. Y Junge, B.; *The role of needle exchange programs in VIH prevention*, *Public Health Report*, 1998, 113, 1, 75-80, cit. por Insúa y otro; cit., pág. 36. Respecto de la estimulación sobre comportamientos futuros quizá sea útil recordar los términos de la difusión previa a la aprobación de la ley de divorcio vincular y evaluar las consecuencias posteriores de su sanción.

los participantes utilizaran preservativos. ¿Cómo debería entonces reaccionar un juez ante el cual un interno reclamara su “derecho” a acceder a preservativos en la prisión?

El problema más complejo aparece en la faz preventiva, pues, en general, parece menos problemático actuar *ex post* en la reparación del daño, una vez que la conducta antinormativa que lo provocó se ha desplegado sin ningún tipo de aporte estatal (aunque también debería considerarse hasta qué punto esta presunción es correcta). En cambio, asegurar recursos para morigerar los efectos nocivos de prácticas irregulares que aún no han ocurrido, pero que pueden preverse, parece representar una asunción prematura de las propias deficiencias.

No es incorrecto que el derecho prevea contextos de excepción dentro de los cuales rijan reglas que no presupongan la legalidad o no del acto respecto del cual se imputan³⁶. En verdad, cada norma señala qué consecuencia jurídica debe asignarse a una situación fáctica dada y ello no impide que otra regla jurídica, en tanto no sea contradictoria, atribuya una consecuencia diversa en otro ámbito de obligaciones. En esta línea puede decirse que el derecho a la preservación de la salud, por ejemplo, a través de políticas de reducción de daños, es debido a cada persona integrante de un grupo de riesgo por su sola condición de participante en un comportamiento riesgoso para la salud, con independencia del juicio que merezca su conducta a luz de otras reglas jurídicas, por caso, las que rigen la vida intramuros.

Una visión opuesta parece prescindir de la circunstancia de que, sin perjuicio de la prohibición de ciertos comportamientos, éstos pueden darse de todos modos. Precisamente, la situación de infracción es natural y propia de cualquier orden jurídico y la confianza en las normas no se ve afectada por el reconocimiento de que el acatamiento a sus pautas no es total. De otra forma, la sola existencia de una cláusula constitucional según la cual las cárceles de la Nación serán sanas y limpias debería asegurarnos, por sí, el respeto de este estándar. La verificación más sencilla, empero, hace evidente la inutilidad de pensar de este modo.

6. Consideraciones finales

El análisis de los derechos de las personas encarceladas, cuando se vinculan a la temática de VIH/SIDA, no debe conducirnos a imaginar reglas o regímenes especiales, por cuanto se trata de aplicar las normas diseñadas para todos los ciudadanos, a la situación en las que se encuentran los ciudadanos privados de la libertad.

Tal como ya se expresara más arriba, el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad es, como mínimo, similar al de aquellas personas que no poseen restricciones para desplazarse.

De allí que resulte especialmente trascendente evitar caer en el error de suponer que las condiciones especiales que necesariamente derivan del encierro carcelario justifican estándares normativos o prácticas diferentes en la consideración de la atención de la salud de los internos y, en particular, en la asistencia a quienes se encuentran afectados por VIH.

³⁶ El derecho internacional humanitario, por ejemplo, regula en ciertos aspectos el modo de desplegarse la guerra. Los Estados en conflicto deben ajustarse a él y no significa una depreciación de las reglas que rigen el derecho a declarar la guerra, la circunstancia de que toda guerra, justa o injustamente declarada, una vez producida deba ajustarse de todos modos a sus reglas. Jurídicamente puede aceptarse que esto sea así. De otro modo, toda previsión para la situación de excepción debería ser entendido como un supuesto legitimante.

