

Salud pública, VIH/sida y derechos humanos en los centros de reclusión

ANDREA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FLORENTINO BADIAL HERNÁNDEZ Y NATHALIE GRAS ALLAIN*

A finales de 2008 la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) presentó el *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con vih por parte del Gobierno del Distrito Federal 2008*, el primero en su tipo realizado en el país. Entre otros puntos, el informe alertaba sobre las precarias condiciones en la atención médica de las internas y los internos en los centros penitenciarios del Distrito Federal.

En esas mismas fechas, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el sistema penitenciario estrenaban administraciones. Ambas instancias optaron por analizar dicho informe y buscar una intervención que mejorara la situación de salud de la población interna y que arrojara un diagnóstico certero sobre la prevalencia del VIH/sida (proporción de personas viviendo con él). Para la realización de esta intervención fueron fundamentales los aportes de la Segunda Visitaduría de la CDHDF, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y el Instituto Nacional de Cancerología (Incan); así como de la recién creada Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Distrito Federal, del Programa de VIH/sida de la ciudad de México y de la Clínica Especializada Condesa.

El diagnóstico inicial

Los centros penitenciarios son espacios donde se concentran poblaciones particularmente expuestas a factores de riesgo y de vulnerabilidad en términos de salud, debido en parte a las condiciones de vida previas al encarcelamiento: pobreza, menor acceso a servicios de salud, desnutrición, alcoholismo y consumo de drogas, problemas de salud mental, falta de acceso a la

* Andrea González Rodríguez es la coordinadora del Programa de VIH/sida de la ciudad de México. Florentino Badial Hernández es maestro en ciencias con enfoque en epidemiología clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); coordinó el Programa de atención en VIH en cárceles del Programa de VIH/sida de la ciudad de México entre febrero de 2009 y mayo de 2013, y actualmente trabaja en la Unidad de VIH del Hospital Civil de Guadalajara. Nathalie Gras Allain desde 2009 es subdirectora de Atención a Poblaciones Vulnerables del Programa de VIH/sida de la ciudad de México, con énfasis en el Programa de detección y atención de VIH e infecciones de transmisión sexual en los centros penitenciarios del Distrito Federal.

opinión y debate

información, bajo nivel de escolaridad, y contextos de violencia social como marginación, estigmatización y discriminación. Algunas de esas condiciones tienden a empeorar durante la reclusión.

Esto es especialmente cierto en el caso del VIH/sida, pues las poblaciones más afectadas por la epidemia en México están sobrerrepresentadas en las cárceles. A esto se suelen sumar otras condiciones que por sí mismas constituyen no sólo un caldo de cultivo para muchos problemas de salud sino hasta una violación a los derechos humanos más fundamentales: violencia, servicios insuficientes (agua, drenaje), dificultad para acceder a servicios médicos, alimentación inadecuada, falta de protección a personas internas jóvenes, uso de drogas –inyectables o no–, relaciones sexuales sin protección –con o sin consentimiento–, tatuajes con material no esterilizado, y saturación de los espacios y recursos disponibles –la población penitenciaria pasó de 22 mil personas internas en 2000 a 42 mil en 2012–. Debido a estas condiciones algunas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en las cárceles: tuberculosis, contagio por virus de hepatitis C (VHC), sífilis y VIH/sida, entre otras.

Desde 1998 el sistema penitenciario del Distrito Federal concentró a los internos varones con VIH/sida en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla con el fin de otorgarles tratamiento antirretroviral (TAR), incluso antes de que hubiera acceso universal en el país. A principios de 2009, cuando se inició el proyecto, había cerca de 40 mil hombres y mujeres –38 mil y dos mil, respectivamente, en números redondos– en ocho centros varoniles y dos femeniles de la ciudad de México. Aquellos a quienes se había detectado que vivían con VIH/sida –80 hombres y tres mujeres– carecían de un servicio especializado de atención médica al interior de los reclusorios y eran trasladados al servicio de



Fotografía: Ernesto Gómez Ruiz/COHDF.

consulta de la Clínica Condesa, pero sin un sistema eficaz de monitoreo del tratamiento ni de administración de los medicamentos.

En cuanto a las pruebas de detección del VIH/sida, éstas sólo se realizaban por solicitud



directa de las o los internos, lo cual sucedía raramente sobre todo debido al estigma del que suelen ser objeto quienes viven con el virus –particularmente en el ámbito penitenciario–, o por indicación de los servicios mé-

dicos, lo que sucedía usualmente en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

Con la detección en etapas tempranas del padecimiento y un tratamiento para el VIH/sida o TAR eficaz, consistente en la com-

Debido a condiciones que por sí mismas constituyen no sólo un caldo de cultivo para muchos problemas de salud sino hasta una violación a los derechos humanos, algunas enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en las cárceles son: tuberculosis, contagio por virus de hepatitis C (VHC), sífilis y VIH/sida, entre otras

plicación del virus, se podrían evitar todas las muertes por VIH/sida y dar a las personas que viven con el virus una esperanza de vida prácticamente igual a la de la población general. Además, se ha demostrado que las personas en quienes se logra el control de la enfermedad gracias al tratamiento eficaz y a que lo toman adecuadamente tienen 96% menos probabilidad de transmitir el virus. Sin embargo, de los 101 internos que viven con VIH/sida que estuvieron o pasaron por la Penitenciaría en 2008, falleció 9% por causas relacionadas con la enfermedad. Además, a principios de 2009, de aquellos que recibían TAR, sólo 44% lo tomaba adecuadamente y únicamente 35% presentaba un adecuado control del padecimiento.

Por un modelo comprensivo de control del VIH en cárceles

Existen pocas experiencias de intervenciones integrales exitosas para controlar el VIH/sida en cárceles en el mundo y ninguna en México, a pesar del reconocimiento de que se trata de una población clave en la epidemia. Desde el planteamiento inicial del proyecto se contó con tres principios básicos que enmarcaron la discusión y el diseño de la intervención: equivalencia, voluntariedad y confidencialidad. En primer lugar, la equivalencia entendida como el derecho a recibir la misma calidad de atención que

gundo lugar, la voluntariedad para aceptar la prueba y la atención médica como un elemento de dignidad y de posibilidad para elegir respecto a un problema de salud en un ambiente ordinariamente coercitivo. No sólo no es lícito –excepto en contadísimas ocasiones– realizar una prueba de VIH/sida a las personas en contra de su voluntad, y menos aún a internas e internos de reclusorios que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad, sino que una medida así tiende a llevar a las poblaciones en riesgo a la clandestinidad y a una mayor dificultad para acceder a los servicios de salud. Y en tercer lugar, la confidencialidad del diagnóstico, que es extremadamente complicada en un contexto de pérdida de la libertad pero representa un elemento fundamental para lograr la credibilidad en el equipo médico por parte de las internas y los internos.

El primer paso fue implementar un modelo de atención médica especializada para quienes ya se encontraban en el reclusorio, el cual pudiera recibir y atender los casos nuevos. Se estableció un sistema de monitoreo de la eficacia del tratamiento y se crearon mecanismos para garantizar el abasto de medicamentos antirretrovirales. Se dispuso de un sistema de toma del tratamiento supervisada diariamente y se incorporó la atención de enfermedades relacionadas con el VIH/sida. Se creó un vínculo con hospitales de especialidad como el Hospital General Manuel Gea González, el Instituto Nacional de Enfermedades Respira-

torias (INER), el INCMNSZ y el Hospital Belisario Domínguez. Se involucró tanto al personal de salud y de seguridad como a las y los propios internos, quienes se comprometieron a poner de su parte apegándose a la toma de sus medicamentos y al seguimiento de las indicaciones médicas.

En sólo dos años de iniciado el proyecto, la mortalidad por causas relacionadas con el VIH/sida se redujo a menos de 1%, y hacia 2011 tomaba adecuadamente su medicamento 87% de los internos y el mismo porcentaje tenía un adecuado control de la enfermedad. Una de las problemáticas con las que se ha enfrentado el programa de atención ha sido la dificultad para lograr que sigan el tratamiento los internos que consumen sustancias, particularmente cocaína base o *pedra*, y aquellos con problemas de índole psiquiátrica. Otro inconveniente ha sido la coinfección VIH/sida-tuberculosis; es muy conocida la acción sinérgica que tienen ambas enfermedades. En un estudio realizado en los internos que viven con VIH/sida que se encuentran en Santa Martha Acatitla se halló una prevalencia de tuberculosis activa de 16.3%, la mayoría pulmonar o diseminada.

El programa Ponte a prueba

El segundo paso del proyecto consistió en desarrollar un modelo de detección que permitiera al mismo tiempo conocer las dimensiones del problema. Con rigor metodológico, perspectiva de derechos humanos y el liderazgo conjunto del sistema penitenciario, el Programa de VIH/sida de la ciudad de México y los institutos nacionales de salud antes referidos, se diseñó e implementó el programa Ponte a prueba con sus diferentes etapas:

1. Discusión y diseño del programa con expertos en VIH/sida, salud pública y cárceles, con énfasis en los principios mencionados de equidad, voluntariedad y confidencialidad.
2. Incorporación de la detección de otras enfermedades en el programa –sífilis, virus de

hepatitis B (VHB), VHC, síndrome metabólico, diabetes, dislipidemias e hipertensión– para así obtener un diagnóstico más completo de la situación de salud en cárceles y para incrementar la aceptación a la prueba de VIH/sida.

3. Capacitación del personal del sistema penitenciario –desde la subsecretaría y los directores de los centros hasta el personal técnico y de seguridad– con énfasis en derechos humanos y no discriminación.
4. Desarrollo de una campaña de promoción y descripción del programa entre las internas y los internos.
5. Solicitud del consentimiento de las y los internos con el método *opt-out*, basado en la aceptación general de las pruebas, dando la opción para descartar alguna o algunas en particular.
6. Toma de muestra de sangre y recolección de datos clínicos.
7. Aplicación, a un grupo aleatoriamente elegido, de una encuesta con fines de información epidemiológica.
8. Procesamiento de las muestras de sangre.
9. Segunda toma de sangre para los casos sugerentes de contagio por VIH/sida, síndrome metabólico, diabetes o dislipidemias, con el fin de confirmar el diagnóstico.
10. Toma de muestra de sangre en los casos positivos a VHB y VHC para realizar pruebas de funcionamiento hepático con el fin de referir a quienes lo requieran a estudios ulteriores y a consulta especializada –el acceso universal gratuito al tratamiento para VHB y VHC es aún una tarea pendiente en México.
11. Entrega de resultados positivos sobre VIH/sida y propuesta de atención por parte de la Clínica Condesa, lo que en el caso de los hombres implica su traslado a la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla.
12. Entrega de resultados positivos sobre otras enfermedades con referencia a los servicios médicos penitenciarios. En los casos de sífi-

lis el mismo día se otorgaba el tratamiento curativo.

Además del programa Ponte a prueba, de manera permanente y simultánea la Clínica Condesa ha destinado a personal de enfermería capacitado en consejería para acudir regularmente –hasta una o dos veces por mes– a los diferentes reclusorios y ofrecer pruebas de VIH/sida, sífilis, VHB y VHC a las internas y los internos que lo soliciten o que lo requieran por indicación médica. Este sistema ha resultado útil para dirigir la oferta a las poblaciones clave dentro de los reclusorios.

En ambos modelos de detección, a las personas que no aceptan la atención se les ofrecen exámenes periódicos para determinar el nivel de avance de la enfermedad y darles consejería dirigida de acuerdo con los hallazgos. Si aún así se rehúsan a recibir el tratamiento se solicita el apoyo de la CDHDF para que puedan darles seguimiento y orientación.

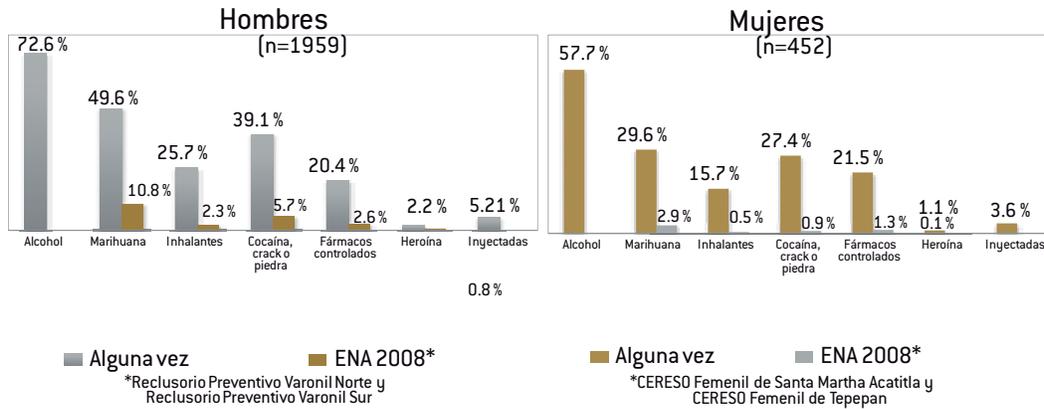
El monitoreo de contactos para las parejas de las y los internos con resultados positivos de VIH/sida o alguna otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) ha consistido en la solicitud de autorización para contactarlas con el fin de realizarles las pruebas de detección. Esto tiene particular importancia en el caso de las mujeres que estén o que pudieran estar embarazadas, especialmente en los casos de sífilis y VIH/sida por el riesgo de transmisión materno-infantil. En cuanto a la sífilis, una enfermedad prevenible y curable, el riesgo de malformaciones congénitas y de aborto o muerte fetal es alto si no se detecta y se trata a tiempo. Y respecto del VIH/sida, si bien no es curable, con las medidas adecuadas –que incluyen el TAR para la madre y para el recién nacido– se puede prevenir en 99% de los casos la transmisión del virus de una mujer a su hija o hijo. Cuando las o los internos no acepta que se le notifique a sus

parejas, y sobre todo cuando la pareja es una mujer embarazada, se ha solicitado la intervención de la CDHDF debido a que la normatividad vigente no permite que los servicios de salud busquen a las parejas sin el consentimiento de la o el paciente con VIH/sida, ni siquiera cuando está en riesgo el derecho a la vida y a la protección de la salud de la pareja y de su hijo o hija.

Los resultados

En el modelo de detección del programa Ponte a prueba, los porcentajes de aceptación fueron muy altos tanto en mujeres (93%) como en hombres (77%). La prevalencia de VIH/sida encontrada fue de 1% en ambos sexos, considerablemente mayor a 0.3% de la población general en México. Más sorprendente aún fue el hallazgo de mujeres con sífilis activa (8.1% frente a 2.9% de la población general) o con evidencias por anticuerpos de sífilis curada (5.1% frente a 0.6%) y, en menor grado, de hombres con sífilis activa (2.9% frente a 1.8%). También se encontraron prevalencias mayores de anticuerpos del VHC tanto en mujeres (2.5% frente a 1.3%) como en hombres (3.3% frente a 1.4%). Las prevalencias de síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, dislipidemias y VHB fueron comparables con las de poblaciones similares fuera de los reclusorios. Tal vez el hallazgo más importante en términos de salud pública se dio en la encuesta que se aplicó: un alto porcentaje de internos e internas reportaron consumir sustancias adictivas; en particular llamó la atención el tema del consumo de cocaína, *crack* o *piedra* debido al alto potencial de adicción y a las problemáticas de salud y sociales relacionadas con él. En el siguiente gráfico se muestran los resultados encontrados en tal sentido:

Gráfico Porcentaje de la población de centros penitenciarios que reporta consumo de sustancias alguna vez en su vida, comparado con población general en el Distrito Federal



ENA: Encuesta Nacional de Adicciones.

Cereso: Centro de Readaptación Social.

Fuente: Resultados del cuestionario autoaplicado en el programa Ponte a prueba.

En términos de descripción de la población en la que se detectó VIH/sida, se hicieron patentes varios aspectos. En primer lugar, que se trataba de personas que afuera del reclusorio tendrían muy difícil acceso a los servicios de salud. Esto tiene que ver, en ocasiones, con sus condiciones de vida (personas en situación de calle, con situación laboral inestable, usuarias de drogas, con problemas de salud mental, etc.) y fundamentalmente con cuestiones estructurales (estigma hacia las y los trabajadores sexuales, las personas transgénero, las y los usuarios de drogas y los hombres que tienen sexo con hombres; bajo nivel socioeconómico, etc.).

De esta manera, en las cárceles se encontró un reflejo de la epidemia de VIH/sida concentrada en poblaciones clave que existen en México. De hecho, también en ellas se requieren programas específicos para las poblaciones clave como las mujeres transgénero –que se encuentran en centros varoniles–, cuya aceptación de Ponte a prueba fue menor que entre otros internos. Una vez

que se les abordó con personal capacitado y sensibilizado y con la colaboración de sus pares su la aceptación de las pruebas en esta población fue cercana al total.

La situación de las mujeres en los reclusorios es particularmente complicada. Sin duda, viven condiciones de mucha mayor vulnerabilidad, control y coerción; reciben menos visitas que los hombres, con lo cual aumenta la soledad y, por lo tanto, la vulnerabilidad; proporcionalmente presentan más problemas de salud mental que los hombres y que la población general; y provienen de historias con una fuerte carga de violencia y de todo tipo de abusos. La implementación de un programa de atención eficaz para las mujeres con VIH/sida, a pesar de ser menor el número de casos –no así la proporción– que en los hombres, todavía es una tarea pendiente. A pesar de que se han generado estrategias de monitoreo y seguimiento desde la Clínica Condesa, los obstáculos para lograr resultados satisfactorios han sido más difíciles de superar.

Conclusiones

En los centros de reclusión, la detección y atención del VIH/sida, las ETS y las condiciones asociadas –especialmente el consumo de drogas y la tuberculosis– con una visión de respeto y promoción de los derechos humanos representa un reto en términos de salud pública. Los reclusorios son el lugar idóneo para detectar y tratar enfermedades en poblaciones particularmente expuestas a factores de riesgo y que tienen complicado acceso a los programas de salud fuera de la cárcel debido a sus condiciones de vida previas al encarcelamiento. Los beneficios de hacerlo no sólo impactan positivamente en la población penitenciaria sino en la sociedad en general, pues los reclusorios son espacios dinámicos en los cuales existe contacto con el exterior; no son *islas* apartadas del resto de la comunidad. Además de ser una obligación del Estado, la adecuada atención de las necesidades básicas de la población penitenciaria contribuye a generar condiciones de seguridad al interior de los centros de reclusión.

Diversos factores han contribuido al éxito, donde lo ha habido, de estas intervenciones. El método de consentimiento *opt-out* con la oferta de pruebas para otras enfermedades, ha ayudado en gran medida –a manera de un *caballo de Troya*– a la aceptación de la prueba de VIH/sida. La confianza de las y los internos en el programa se ha logrado al incorporar una visión de respeto y promoción de los derechos humanos y de constancia y perseverancia en la preservación de los

principios de equivalencia, voluntariedad y confidencialidad; y gracias al trabajo colaborativo entre las autoridades del sistema penitenciario, la CDHDF, el sector académico, el Programa de VIH/sida y, sobre todo, las y los propios internos, y al desarrollo de intervenciones específicas para poblaciones clave.

A pesar de todo lo anterior, todavía quedan retos por enfrentar, como en el caso de los obstáculos para lograr la atención de las mujeres con VIH/sida. También falta implementar un modelo de detección permanente de VIH/sida y sífilis que ofrezca continuamente pruebas de detección y consejería a todas y todos los internos al momento de su ingreso a los centros de reclusión; y lo mismo hay que decir sobre la atención al problema de consumo de sustancias y el control de la tuberculosis dentro de los centros, y más especialmente posterior a la liberación.

Otra tarea aún no cumplida satisfactoriamente es el seguimiento de los contactos –parejas sexuales– de las y los internos con VIH/sida y otras ETS, especialmente sífilis. A pesar del apoyo de los hospitales de especialidad en la atención de casos específicos, también está pendiente normalizar con acuerdos formales la referencia de internas e internos con VIH/sida a dichos centros. Y la lista podría seguir, pero es importante reafirmar que se pueden enfrentar estos retos con una perspectiva de derechos humanos, el fundamento en la evidencia científica, la participación interinstitucional y multidisciplinaria, y el involucramiento y la obtención de la confianza por parte de las y los internos con base en principios éticos no negociables.

En los centros de reclusión, la detección y atención del VIH/sida, las ETS y las condiciones asociadas –especialmente el consumo de drogas y la tuberculosis– con una visión de respeto y promoción de los derechos humanos representa un reto en términos de salud pública

Referencias

- Beckwith, C. G., *et al.*, “Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System”, en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 55, núm. 1, 1 de diciembre de 2010, pp. S49-S55.
- CDHDF, *Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal 2008*, México, CDHDF, 2008, disponible en <http://directorio.cd hdf.org.mx/informes/2008/Informe_VIH.pdf>, página consultada el 8 de julio de 2013.
- Cohen, M. S., *et al.*, “Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, núm. 6, 11 de agosto de 2011, pp. 493-505.
- Flanigan, T. P., y C. G. Beckwith, “The Intertwined Epidemics of HIV Infection, Incarceration, and Substance Abuse: A Call to Action”, en *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 203, núm. 9, 1 de mayo de 2011, pp. 1201-1203.
- Hammett, Theodore M., “HIV/AIDS and Other Infectious Diseases among Correctional Inmates: Transmission, Burden, and an Appropriate Response”, en *American Journal of Public Health*, vol. 96, núm. 6, junio de 2006, pp. 974-978.
- Jürgens, R., *et al.*, “HIV and Incarceration: Prisons and Detention”, en *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, núm. 26, 19 de mayo de 2011, 17 pp.
- “Leading Edge. HIV in prisons”, en *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, núm. 1, enero de 2007, p. 1. ONUSIDA, disponible en <<http://www.unaids.org.vn/>>, página consultada el 8 de julio de 2013.
- Rich, J. D., *et al.*, “Medicine and the Epidemic of Incarceration in the United States”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 364, núm. 22, 2 de junio de 2011, pp. 2081-2083.
- Weinbaum, C. M., *et al.*, “Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV in Correctional Populations: A Review of Epidemiology and Prevention”, en *aids 2005*, vol. 19, núm. 3, octubre de 2005, pp. S41-S46.