

Escaneado por Biblioteca Judicial "Fernando Coto Albán"



EL SIDA Y LA PRISIÓN

Psic. ANDRÉS UMAÑA DI PALMA*

SUMARIO

	Pág.
El problema.	176
Objetivos.	177
Plan de investigación	177
Marco teórico.	178
1. SIDA - Sociedad - Prisión	178
2. El SIDA como epidemia	180
3. Estado actual de la enfermedad	181
4. Medidas preventivas	181
Resultados	182
Análisis de los resultados.	189
1. Los síntomas	189
2. Población de riesgo	189
3. El SIDA y su transmisión	190
4. El SIDA y el trabajo en prisión	190
Conclusión.	193
Bibliografía.	194

* Psicólogo, Departamento de Investigación y Estadística, Dirección General de Adaptación Social.

EL PROBLEMA

Al 30 de setiembre de 1988, 142 países habían notificado 124.959 casos de SIDA a la Organización Mundial de la Salud (Programa Global sobre el SIDA). Esta cifra, que según los entendidos representa una tercera parte del total de casos, se distribuye por continente de la siguiente forma:

América	89.834	casos
África	19.141	casos
Europa	14.623	casos
Oceanía	1.083	casos
Asia	278	casos

Del total de casos notificados en el continente americano la mayoría pertenecen a los Estados Unidos con 76.893 casos (85% de casos en la región). El istmo centroamericano notificó, en el periodo mencionado, un total de 428 casos, de los cuales 79 pertenecían a Costa Rica.

Menos de un año después: julio 1989, la OMS, en su boletín epidemiológico informó de las siguientes cifras:

América	116.524	casos
África	30.244	casos
Europa	23.459	casos
Oceanía	1.510	casos
Asia	406	casos

Los Estados Unidos sigue a la cabeza de los países americanos con 98.255 casos (84%). En el istmo centroamericano se reportaron 561 casos de los cuales 106 corresponden a nuestro país.

En el área centroamericana, Costa Rica sólo es superada por Honduras respecto de la cantidad de casos notificados.

El índice de crecimiento, en todas las regiones y países es alarmante y se encuadra en el modelo de crecimiento propio de una enfermedad infecto-contagiosa no controlada, con justa razón se considera que el SIDA "conlleva el potencial de convertirse en la mayor tragedia natural de la historia de la humanidad".¹

El mundo pues, además de sus endémicas enfermedades, riqueza, pobreza, guerras, contaminación, drogas, etc., padece una mortal e incurable infección que amenaza la supervivencia de la especie. La sociedad costarricense, por extensión, está inmersa en el problema a un grado no del todo bien determinado, pero que alcanza niveles alarmantes que han obligado a las autoridades correspondien-

tes a tomar medidas para enfrentar el flagelo. Las prisiones, como instituciones sociales, no sólo están expuestas al igual que el resto del total de conglomerados institucionales del país, sino que, dadas sus particulares características, se consideran "instituciones de alto riesgo de contagio". Si a las características propias de la prisión se le añaden el hacinamiento, la falta de higiene, deficiencias estructurales en el diseño (utilización de modelos celulares arcaicos) y la cantidad (déficit en instalaciones) de los establecimientos penitenciarios, recursos humanos limitados y escasos recursos económicos, entonces el problema se agrava a niveles que pueden llegar a ser prácticamente insostenibles o incontrolables. A estas condiciones hay que añadir las consecuencias de lo que se ha denominado la "Tercera Epidemia", creada por el temor, racional e irracional, que ha generado el SIDA. El temor provocado por el carácter contagioso del SIDA ha conducido a actos de intolerancia, discriminación, crueldad e incluso espíritu destructivo. Las personas afectadas por el SIDA han sido anatematizadas, como si hubieran escogido contraer la enfermedad.

Grupos enteros, en particular los homosexuales, bisexuales y drogadictos por vía intravenosa han sido vilipendiados, considerados como mercancía abandonada a los estragos del contagio. A juzgar por la reacción pública, muchas personas parecen creer que estos infelices deberían ser borrados de la faz de la tierra, en justo pago a su conducta desviada tanto social como moralmente.²

Ante tales circunstancias surgen gran cantidad de interrogantes, tales como:

¿Es posible la aplicación de medidas tendientes a evitar la contaminación del SIDA en prisión?

¿Cuáles son las medidas más adecuadas a la realidad del Sistema Penitenciario?

¿Qué actitudes acerca del SIDA en prisión manifiestan los funcionarios?

¿Cuál es la capacidad del Sistema Penitenciario para enfrentar el flagelo a corto y mediano plazo?

¿Es necesario cambiar comportamientos específicos en la población penal y en los funcionarios? de ser así, ¿cuáles y cómo?

¿Qué recursos y aspectos organizativos se necesitan para lograr el control del SIDA en prisión?

¿Cuáles son las implicaciones de orden legal que acarrea el SIDA en prisión?

¿Cuáles son los servicios y productos disponibles actualmente para enfrentar la enfermedad en los establecimientos penitenciarios?

Estas son algunas de las cuestiones que se tratarán de dilucidar a través de la investigación aplicada.

OBJETIVOS.

1. Conocer las actitudes acerca del SIDA en los funcionarios técnicos del Sistema Penitenciario.
2. Evaluar el grado de información general en torno al SIDA por parte de los funcionarios técnicos.
3. Aportar directrices en la programación de actividades tendientes a detectar y prevenir el contagio del SIDA en los establecimientos penitenciarios.
4. Determinar el nivel actual de actividades en los programas contra el SIDA en prisión.
5. Evaluar la capacidad del Sistema para enfrentar la epidemia.
6. Estimar las consecuencias en el campo financiero que pueda acarrear el SIDA en prisión.

PLAN DE INVESTIGACIÓN.

El estudio consta de dos partes: A. Análisis documental y B. Estudio de campo.

El primero resulta obligatorio para estimar la magnitud y vislumbrar las características principales de la pandemia SIDA; como su nombre lo indica, el fenómeno tiene carácter universal, el marco de referencia por lo tanto debe tener generalidad universal. Esta parte del estudio puede ser considerada como marco de referencia general, cuyo papel es indispensable porque aporta referentes teóricos para contrastar las mediciones obtenidas en la práctica.

Esta actividad consiste en el estudio de documentos actuales acerca del SIDA en el mundo, en el continente americano, en Costa Rica y en las prisiones o sistemas penitenciarios, como último nivel de abstracción.

Para llevar a cabo la encuesta de opinión dirigida a los funcionarios técnicos, se diseñó una entrevista estructurada escrita, mediante la utilización de un cuestionario como instrumento de obtención de los datos. La construcción del cuestionario requirió de un estudio documental y el aporte de conocimientos por parte de los miembros de la Comisión del SIDA del Sistema Penitenciario, que fueron consultados al efecto. El Dr. Luis E. Mejía, director de dicha Comisión revisó y aprobó el cuestionario definitivo, que sería enviado a cada uno de los componentes de la muestra, por medio del correo interno de la institución, con las instrucciones correspondientes a su ejecución y posterior devolución. Se eligió esta técnica por varios motivos: su bajo costo, facilidad de

distribución, el carácter íntimo de la entrevista y la ausencia de compromiso personal (basado en la garantía del anonimato); estos últimos tienden a aumentar la fiabilidad de las respuestas en un tema que de suyo, está sujeto a discusión, acerca del cual circulan toda especie de versiones y que constituye un tema tabú por referirse al comportamiento sexual en gran medida.

La población del estudio está constituida por el personal técnico que presta sus servicios en los diversos establecimientos penales del Sistema Penitenciario; se incluye a los funcionarios de todas las ramas de especialidad técnica a saber: Criminología, Psicología, Derecho, Trabajo Social y Educación. El tamaño de la población era, a la fecha del estudio, de 262 funcionarios. Se escogió personal técnico por dos razones; en primer lugar, aunque el contacto que tienen con los internos no es tan estrecho como el del personal de seguridad, es mucho mayor que el del personal administrativo y en segundo lugar porque, en general, su nivel de información es más adecuado.

Dadas las características de la población, a saber: representación de varias ramas de especialidad y distribución en muchos centros penales, distintos entre sí, el mecanismo estadístico más adecuado para elegir consiste en lo que se llama "muestra al azar sistemática proporcional", basada en una lista del personal segregada según ramas de especialidad y centros de trabajo. La proporcionalidad se exige por cuanto la distribución del personal del Sistema por especialidad, dista mucho de ser semejante, por el contrario, es muy diversa, por ejemplo, muchos trabajadores sociales, pocos psicólogos o, muchos orientadores pocos abogados, esto obliga a utilizar cuotas proporcionales. En la muestra de funcionarios y establecimientos; en lo que respecta a la gran diversidad de éstos, se observan centros tan disímiles como San Sebastián y San Lucas, unidades de admisión y centros de confianza, centro de menores y mujeres.

El tamaño de la muestra con intervalos de confianza de 98% resultó de 48 individuos, sin embargo, dado que experiencias anteriores han demostrado que el porcentaje de devolución de cuestionarios enviados por correo no sobrepasa casi nunca, el 60%, se decidió exagerar la muestra y enviar un total de 110 cuestionarios. Ello fue posible dado que el conglomerado de funcionarios técnicos es pequeño. Al momento de recuperar los cuestionarios se hizo énfasis en los establecimientos que cuentan con pocos funcionarios técnicos.

El cuestionario consta de 35 cuestiones agrupadas en 6 categorías analíticas, a saber:

1. Conocimiento general;
2. Relación y contacto con los internos;
3. Instalaciones y servicios específicos;
4. Implicaciones legales y sociales;
5. Aspectos Preventivos y;
6. Observaciones y recomendaciones.

Las categorías no aparecen como tales en el instrumento, sino que están implícitas en el conjunto de las preguntas. Los resultados se presentan siguiendo el orden lógico de estas categorías y no el orden de las preguntas del instrumento; el análisis de los resultados también sigue este camino.

MARCO TEÓRICO

1. SIDA - Sociedad - Prisión.

El SIDA, como fenómeno epidemiológico es relativamente nuevo, sin embargo, no es la primera ni será la última pandemia que habrá de enfrentar la humanidad.

Antiguamente, las leyes que regían a las ciudades durante las épocas en que se declaraba alguna enfermedad contagiosa (peste bubónica, lepra, peste negra) sirvieron de base para delinear la estructura disciplinaria de las modernas prisiones. A fin de demostrar la estrecha relación sociedad-prisión, se ha considerado ilustrativo transcribir el siguiente pasaje tomado de M. Foucault, en su profundo y ya clásico tratado "Vigilar y Castigar":

"He aquí, según un reglamento de fines del siglo XVIII, las medidas que había que adoptar cuando se declaraba la peste en una ciudad.¹

En primer lugar, una estricta división especial: cierre, naturalmente, de la ciudad y del 'terruño', prohibición de salir de la zona bajo pena de la vida, sacrificio de todos los animales errantes; división de la ciudad en secciones distintas en las que se establece el poder de un intendente.

Cada calle queda bajo la autoridad de un síndico, que la vigila; si la abandonara, sería castigado con la muerte. El día designado, se ordena a cada cual que se encierre en su casa, con la prohibición de salir de ella so pena de la vida. El síndico cierra en persona, por el exterior, la puerta de cada casa, y se lleva la llave, que entrega al intendente de sección; éste la conserva hasta el término de la cuarentena. Cada familia habrá hecho sus provisiones pero por lo que respecta al vino y al pan, se habrá dispuesto entre la calle y el interior de las casas unos pequeños canales de madera, por los cuales se hace llegar a cada cual su ración, sin que haya comunicación entre los proveedores y los habitantes; en cuanto a la carne, el pescado y las hierbas, se utilizan poleas y cestas. Cuando es preciso en absoluto salir de las casas, se hace por turno, y evitando todo encuentro. No circulan por las calles

más que los intendentes, los síndicos, los soldados de la guardia, y también entre las casas infectadas, de un cadáver a otro, los 'cuervos', que es indiferente abandonar a la muerte. Son éstos 'gentes' de poca monta, que transportan a los enfermos, entierran a los muertos, limpian y hacen muchos oficios viles y abyectos." Espacio recortado, inmóvil, petrificado. Cada cual está pegado a su puesto. Y si se mueve, le va en ello la vida, contagio o castigo.

La inspección funciona sin cesar. La mirada está por doquier en movimiento: "Un cuerpo de milicia considerable, mandado por buenos oficiales y gentes de bien", cuerpos de guardia en las puertas, en el ayuntamiento y en todas las secciones para que la obediencia del pueblo sea más rápida y la autoridad de los magistrados más absoluta, "así como para vigilar todos los desórdenes, latrocinios y saqueos". En las puertas, puestos de vigilancia; al extremo de cada calle, centinelas. Todos los días, el intendente recorre la sección que tiene a su cargo, se entera de si los síndicos cumplen su misión, si los vecinos, tienen de qué quejarse; "vigilar sus actos". Todos los días también, pasa el síndico por la calle de que es responsable; se detiene delante de cada casa; hace que se asomen todos los vecinos a las ventanas (los que viven del lado del patio tienen asignada una ventana que da a la calle a la que ningún otro puede asomarse); llama a cada cual por su nombre, se informa del estado de todos, uno por uno, "en lo cual los vecinos estarán obligados a decir la verdad bajo pena de la vida"; si alguno no se presenta en la ventana, el síndico debe preguntar el motivo; "así descubrirá fácilmente si se ocultan muertos o enfermos". Cada cual encerrado en su jaula, cada cual asomándose a su ventana, respondiendo al ser nombrado y mostrándose cuando se le llama, es la gran revista de los vivos y de los muertos.

Esta vigilancia se apoya en un sistema de registro permanente, informes de los síndicos a los intendentes, de los intendentes a los regidores o al alcalde. Al comienzo del "encierro", se establece, uno por

uno, el papel de todos los vecinos presentes en la ciudad; se consigna "el nombre, la edad, el sexo, sin excepción de condición"; un ejemplar para el intendente de la sección, otro para la oficina del ayuntamiento, otro más para que el síndico pueda pasar la lista diaria. De todo lo que se advierte en el curso de las visitas —muertes, enfermedades, reclamaciones, irregularidades— se toma nota, que se trasmite a los intendentes y a los magistrados, éstos tienen autoridad sobre los cuidados médicos; han designado un médico responsable, y ningún otro puede atender enfermos, ningún boticario preparar medicamentos, ningún confesor visitar a un enfermo, sin haber recibido de él un billete escrito "para impedir que se oculte y trate, a escondidas de los magistrados, a enfermos contagiosos". El registro de lo patológico debe ser constante y centralizado. La relación de cada cual con su enfermedad y su muerte pasa por las instancias del poder, el registro a que éstas la someten y las decisiones que toman.

Cinco o seis días después del comienzo de la cuarentena, se procede a la purificación de las casas, una por una. Se hace salir a todos los habitantes; en cada aposento se levantan o suspenden "los muebles y los objetos"; se esparce perfume, que se hace arder, tras de haber tapado cuidadosamente las ventanas o suspenden "los muebles y los objetos"; se esparce perfume, que se hace arder, tras de haber tapado cuidadosamente las ventanas, las puertas y hasta los agujeros de las cerraduras, llenándose con cera. Por último, se cierra la casa entera mientras se consume el perfume; como a la entrada, se registra a los perfumistas, "en presencia de los vecinos de la casa, para ver si al salir llevan sobre sí alguna cosa que no tuvieran al entrar". Cuatro horas después, los habitantes de la casa pueden volver a ocuparla.

Este espacio cerrado, recortado, vigilado, en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos registrados están, en el que un trabajo ininterrumpido de escritura une el centro y la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos todo constituye un modelo compacto del dispositivo disciplinario. A la peste responde el orden; tiene por función desenredar todas las confusiones; la de la enfermedad que se transmite cuando los cuerpos se mezclan; la del mal que se multiplica cuando el miedo y la muerte borran los interdictos.

Prescribe a cada cual su enfermedad y su muerte, a cada cual su bien, por el efecto de un poder omnipresente y omnisciente que se subdivide él mismo de manera regular e ininterrumpida hasta la determinación final del individuo, de lo que caracteriza, de lo que le pertenece, de lo que le ocurre. Contra la peste que es mezcla, la disciplina hace valer su poder que es análisis. Ha habido en torno de la peste toda una ficción literaria de la fiesta: las leyes suspendidas, los interdictos levantados, el frenesí del tiempo que pasa, los cuerpos mezclándose sin respeto, los individuos que se desenmascaran, que abandonan su identidad estatutaria y la figura bajo la cual se les reconocía, dejando aparecer una verdad totalmente distinta. Pero ha habido también un sueño político de la peste, que era exactamente lo inverso: no la fiesta colectiva, sino las particiones estrictas; no las leyes trasgredidas, sino la penetración del reglamento hasta los más finos detalles de la existencia y por intermedio de una jerarquía completa que garantiza el funcionamiento capilar del poder; no las máscaras que se ponen y se quitan, sino la asignación a cada cual de su "verdadero" nombre, de su "verdadero" lugar, de su "verdadero" cuerpo y de la "verdadera" enfermedad. La peste como forma a la vez real e imaginaria del desorden tiene por correlato médico y político la disciplina.

Por detrás de los dispositivos disciplinarios, se lee la obsesión de los "contagios", de la peste, de las revueltas, de los crímenes, de la vagancia, de las deserciones, de los individuos que aparecen y desaparecen, viven y mueren en el desorden.

Si bien es cierto que la lepra ha suscitado rituales de exclusión que dieron hasta cierto punto el modelo y como la forma general del gran encierro, la peste ha suscitado esquemas disciplinarios.

Más que la división masiva y binaria entre los unos y los otros, apela a separaciones múltiples, a distribuciones individualizantes, a una organización en profundidad de las vigilancias y de los controles, a una intensificación y a una ramificación del poder. El leproso está prendido en una práctica del rechazo, del exilio-clausura; se le deja perderse allí como en una masa que importa poco diferenciar; los apesados están prendidos en un reticulado táctico meticuloso en el que las diferenciaciones individuales son los efectos coactivos de un poder que se multiplica, se articula y se subdivide. El gran encierro de una parte; el buen encauzamiento de la conducta de otra. La lepra y su división; la peste y su reticulado. La una está marcada; la otra, analizada y repartida. El exilio del leproso y la detención de la peste no llevan consigo el mismo sueño político.

El uno es el de una comunidad pura, el otro el

de una sociedad disciplinada. Dos maneras de ejercer el poder sobre los hombres, de controlar sus relaciones, de desenlazar sus peligrosos contubernios. La ciudad apestada, toda ella atravesada de jerarquía, de vigilancia, de inspección, de escritura, la ciudad inmovilizada en el funcionamiento de un poder extensivo que se ejerce de manera distinta sobre todos los cuerpos individuales, es la utopía de la ciudad perfectamente gobernada. La peste (al menos la que se mantiene en estado de previsión), es la prueba en el curso de la cual se puede definir idealmente el ejercicio del poder disciplinario. Para hacer funcionar de acuerdo con la teoría pura los derechos y las leyes, los juristas se imaginaban en el estado de naturaleza; para ver funcionar las disciplinas perfectas, los gobernantes soñaban con el estado de peste. En el fondo de los esquemas disciplinarios la imagen de la peste vale por todas las confusiones y los desórdenes; del mismo modo que la imagen de la lepra, del contacto que cortar, se halla en el fondo de los esquemas de exclusión.

Esquemas diferentes, pues, pero no incompatibles. Lentamente, se les ve aproximarse; y corresponde al siglo XIX haber aplicado al espacio de la exclusión cuyo habitante simbólico era el leproso (y los mendigos, los vagabundos, los locos, los violentos, formaban su población real) la técnica de poder propia del reticulado disciplinario.

Tratar a los "leprosos" como a "apestados", proyectar los desgloses finos de la disciplina sobre el espacio confuso del internamiento, trabajarlo con los métodos de distribución analítica del poder, individualizar a los excluidos, pero servirse de los procedimientos de individualización para marcar exclusiones, esto es lo que ha sido llevado a cabo regularmente por el poder disciplinario desde los comienzos del siglo XIX: el asilo psiquiátrico, la penitenciaría, el correccional, el establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales, de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo; el de la división binaria y la marcación (loco-loco, peligroso-inofensivo, normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es, dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo, cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.). De un lado, se "apesta" a los leprosos; se impone a los excluidos la táctica de las disciplinas individualizantes y de otra parte, la universalidad de los controles disciplinarios permite marcar quién es "leproso" y hacer jugar contra él los mecanismos dualistas de la exclusión. La división constante de lo normal y de lo anormal, a que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y

aplicándolos a otros objetos distintos, la marcación binaria y el exilio del leproso; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios a que apelaba el miedo de la peste. Todos los mecanismos de poder que, todavía en la actualidad, se disponen en torno de lo anormal, para marcarlo, como para modificarlo, componen estas dos formas, de las que derivan de lejos.

2. El SIDA como epidemia.

"Las primeras pruebas de infección en un ser humano se hallaron en el suero recogido en África Central en 1959.¹ Tanto los elevados índices de contaminación, así como la prevalencia de la infección en individuos de ambos sexos, que se observa en esta región del mundo, indican casi sin lugar a dudas que la génesis de la enfermedad tuvo lugar en el continente africano y de allí se fue diseminando hacia otros lugares, hasta que a mediados de la década del setenta empezaron a aparecer pruebas serológicas del virus en los Estados Unidos y Europa. A partir de ese momento se comienza a observar un aumento considerable en la prevalencia de la infección por el VIH en las poblaciones de riesgo. Es probable que el virus estuviera presente en alguna población humana aislada, por muchas generaciones, quizá siglos. Esta aseveración se basa tanto en las características geográficas y demográficas de la región (baja concentración en extensos territorios), así como en los largos periodos de la incubación del virus. Se estima que la mediana del tiempo que transcurre entre el momento de la infección y la manifestación de la enfermedad puede ser de 14 años². Masters y Johnson citan un caso de contagio del virus en un adolescente de St. Louis (USA) en 1969, 'esto demuestra', dicen, la posibilidad que el virus de SIDA haya aparecido de manera esporádica en Estados Unidos varias veces antes de originar una epidemia."

"Debido a su rareza y a que tal enfermedad no estaba reconocida oficialmente, los primeros casos de infecciones extrañas y cánceres no identificados, resultantes de la eliminación del sistema inmunológico por el virus del SIDA, no se calificaron como tales, y solo constaron después de la proliferación de casos en Estados Unidos. . . Se reconoció oficialmente como enfermedad 'nueva' en 1981."³ A esto hay que añadir otro factor:

La tecnología para identificar a los retrovirus humanos se remonta apenas a finales de los años setenta.⁴

Una última consideración: el primer apellido del virus del SIDA, es en latín, LENTI, (lentivirus), que quiere decir lento, precisamente porque es su principal característica.

En síntesis, si una infección tropical lenta (mediana la incubación 14 años) en una región muy extensa, poco poblada y con medios muy limitados de comunicación interna, fue detectada hace ya 30 años, es probable que al momento de ser detectada ya constituía una epidemia local y por lo tanto, una enfermedad antigua. Esto es importante porque podría explicar la rápida diseminación que se produjo en el Hemisferio Occidental (sobre todo Europa-USA). Junto con el desarrollo de los medios de comunicación, esto es: cuando la región central de África fue accesible a la clase media de los países ricos (década 60-70), no sólo se enfrentaron contra los leones y elefantes, sino que, sin saberlo, se enfrentaron también con una epidemia silenciosa e inexorablemente mortal que deja como consecuencia lo que hoy se denomina con el triste nombre de pandemia, precisamente por su carácter universal y cuya situación es la siguiente:

3. Estado actual de la enfermedad.

"En 1986, un congresista de la Organización Mundial de la Salud estimó que en una base global existían 100.000 casos de SIDA, entre 300.000 y 500.000 personas con síntomas de contagio y entre 5 y 10 millones de portadores del virus sin síntomas aparentes, muchos de los cuales, a lo largo desarrollarían la enfermedad."

"Creemos que estas cifras están por debajo de las reales."⁵

"La primera epidemia que se inició en los años setenta y aún persiste, es la pandemia silente de infecciones por el VIH. En 1988, se calcula que hay entre 5 y 10 millones de personas infectadas por el virus en todo el mundo, siendo inevitable la ulterior propagación del VIH."⁶

No hay acuerdo en cuanto a la magnitud de la epidemia. Los casos notificados a nivel mundial, el 30 de setiembre de 1988, eran 124.959.⁷ "Creemos que a finales de 1991, el número de casos reales de SIDA en América alcanzará los 500.000".⁸ "En 1991, es posible que lleguen a estar infectados por el VIH hasta 100 millones de personas. . . Para aquella fecha no habrá vacuna disponible para uso

generalizado. Por cada caso de SIDA puede que haya hasta 100 personas infectadas por el VIH".

"Aun considerando que esas proyecciones son provisionales y se han publicado con mucha cautela, las cifras previstas siguen siendo asombrosas. No queda lugar a dudas que la epidemia de la infección por el VIH y los retrovirus relacionados constituyen un problema de salud internacional con un alcance extraordinario que exige respuestas mundiales urgentes y sin precedentes."⁹

En Costa Rica, de 1984 al momento actual (octubre 1989) se han registrado 130 casos de SIDA, lo que indica que, al menos, existen 13.000 portadores asintomáticos de la enfermedad. En el Sistema Penitenciario se sabe de un caso de muerte por el SIDA y se han identificado algunos casos de seropositividad (por lo menos 10 casos), aunque no se sabe a ciencia cierta la prevalencia exacta (ni siquiera aproximada) por cuanto el Sistema no cuenta con el mecanismo necesario para la identificación de los miles de ingresos que se producen anualmente.

A pesar de la poca información se puede asumir que el estado actual de la enfermedad en el país alcanzará pronto niveles alarmantes; recuérdese que Costa Rica es el segundo país del istmo centroamericano en lo que refiere al nivel de prevalencia.

Ante la gravedad de la infección sólo queda la alternativa de aplicar las medidas preventivas recomendadas al efecto, entre las cuales deben considerarse las siguientes:

4. Medidas preventivas.

La cumbre mundial de ministros de salud sobre programas de prevención del SIDA, entre sus principales conclusiones señaló que, "a falta de una vacuna o tratamiento contra el SIDA, el componente aislado más importante de los programas nacionales sobre el SIDA es la información y la educación".¹⁰

"Los programas de prevención del SIDA requieren información básica sobre siete campos como mínimo:

1. La epidemiología local del SIDA
2. La idea que el público tiene del SIDA
3. Los comportamientos de alto riesgo
4. Los recursos institucionales y comunitarios
5. La disponibilidad de servicios y productos

⁵ El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es miembro de la familia *retrovirus*, ésta se divide en tres subfamilias: *oncovirus*, *espumovirus* y *lentivirus*, a la que pertenece el popular VIH.

6. Los medios de comunicación
7. Los obstáculos e impedimentos previstos."¹¹

En algunos de ellos se aísla a los presos seropositivos, aunque esta práctica no ofrece completa seguridad, dado que los sujetos recién infectados son seronegativos durante algún tiempo. "La cuarentena de las personas con SIDA, tampoco es una medida eficaz. Cuando a una persona se le diagnostica el SIDA, ya está muy enferma y no es probable que como resultado, de su conducta la infección continúe propagándose, por lo que la cuarentena, desde el punto de vista de la salud pública no tiene sentido. Constituye una medida ordinaria, un ejercicio inapropiado del poder policial del Estado y una restricción infundada de la libertad, que no se justifica por la necesidad de proteger a la sociedad".¹²

La medida de realizar un examen obligatorio para la detección del virus en las personas es la más inapropiada ya que las pruebas disponibles no detectan realmente el SIDA sino que "evalúan la respuesta inmunitaria mediante la detección de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre. Por consiguiente, existe un intervalo de duración incierta durante el cual la persona examinada puede hallarse infectada y en condiciones de propagar la enfermedad".¹³

Por si esto fuera poco un resultado seronegativo no significa necesariamente seronegatividad.

Un problema adicional en cualquier programa de detección del SIDA por la sangre o tejidos, está constituido por dos cuestiones éticas relacionadas con los derechos humanos, éstas son, el consentimiento con conocimiento de causa y la confidencialidad. El primero se refiere al derecho que tienen todas las personas de decidir sobre su cuerpo y por tanto de rehusar el examen. La confidencialidad, constituye una premisa en la relación médico-paciente, pero su importancia radica realmente en los temores, discriminación y estigmas que acarrea la publicidad.

El grupo de consulta de la OMS sobre el SIDA en las prisiones considera que "no es recomendable someter a los reclusos a la detección obligatoria de la infección por el VIH".¹⁴

Así pues, el camino correcto para prevenir el SIDA consiste en mejorar la calidad de la información atinente y sobre todo, la educación, "no cabe la menor duda de que una campaña educativa de carácter intensivo debe ser el elemento esencial de cualquier esfuerzo para controlar la propagación del contagio VIH. Dicha campaña solo será efectiva si se hace algo más que difundir los hechos: a menos

que la educación dé como resultado cambios concretos de conducta sexual. Para que se lleven a cabo este tipo de cambios, la educación tiene que motivar además de informar".¹⁵

Para que los esfuerzos preventivos tengan alguna probabilidad de éxito es preciso poner en marcha una serie de mecanismos, según manifiestan los investigadores Masters y Johnson, estos mecanismos son:

1. Crear planes de estudios intensivos del SIDA para su empleo en las aulas.
2. Llevar a cabo programas específicos para cada uno de los grupos de alto riesgo.
3. Debe realizarse lo antes posible una campaña en todo el país, que informe de las normas de comportamiento responsable.
4. Todas las facultades universitarias deberían proporcionar a los estudiantes servicios de información y consulta.
5. Para coordinar e implantar la educación conjunta debería crearse una oficina especial en el Departamento de Salud Pública.

"Desde nuestro punto de vista, si la educación no va acompañada de programas de control, centros de asesoramiento e investigación científica el objetivo de la prevención no se conseguirá en este siglo."¹⁶

Finalmente, hay que considerar los problemas que tienden a agravar el contagio del SIDA en nuestras prisiones: el hacinamiento, falta de higiene y la homosexualidad, aspectos cuya solución corresponde básicamente, a las autoridades responsables de la Administración del Sistema Penitenciario.

RESULTADOS.

El índice de recuperación de cuestionarios fue de 56%, bastante elevado si se compara con experiencias previas en la utilización de la técnica por correo. Ello indica un elevado índice de cooperación por parte de los funcionarios técnicos. El total de cuestionarios que fueron recibidos ascendió a 62 fórmulas. El tamaño calculado de la muestra se incrementó en un 63% (24 componentes de más).

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con el orden lógico de las categorías analíticas:

CATEGORÍA Nº 1
Conocimiento general

1. *Pregunta Nº 8: ¿Conoce usted algunos síntomas que se consideran "sospechosos" del padecimiento del SIDA?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
No conoce	25	40
Sí conoce	37	60

Los que respondieron que sí conocen especificaron los siguientes "síntomas sospechosos".

Pérdida de peso	29	menciones
Fiebre	23	menciones
Diarrea	14	menciones
Sistema inmunológico deficiente	10	menciones
Inflamación ganglios linfáticos	4	menciones
Infecciones en la piel	4	menciones
Anemia	3	menciones
Sangrado en la piel	3	menciones
Fatiga	2	menciones
Dolor de cabeza	2	menciones
Mareos, vómitos	2	menciones
Palidez	2	menciones
Desmayos	2	menciones

2. *Pregunta Nº 11: Hay poblaciones llamadas de Alto y Bajo riesgo. ¿En cuál de ellas ubicaría usted a las personas que guardan prisión?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
Bajo riesgo	3	5
Alto riesgo	59	95

3. *Pregunta Nº 12: ¿Dentro de la población penitenciaria cree usted que existen algunos internos con un riesgo mayor de contraer SIDA?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
No	4	6
Sí	58	94

Los que respondieron sí, manifestaron las siguientes clases o tipos:

Homosexuales	58	menciones
Bisexuales	16	menciones
Drogadictos	11	menciones
Heterosexuales	8	menciones
Promiscuos	5	menciones
Por existir violaciones	2	menciones
Los que se encuentran en unidades cerradas	1	mención
Los que no tienen visita conyugal	1	mención

4. *Pregunta Nº 15: ¿Cree usted que los funcionarios de los establecimientos penales, corren riesgo de contraer SIDA?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
No	20	32
Sí	42	68

Los que respondieron sí especificaron las siguientes condiciones:

Contacto con sangre contagiada	19	menciones
Contacto con población de alto riesgo	9	menciones
No conoce la forma de transmisión	5	menciones
Depende de la relación que se tenga	4	menciones
Contacto sexual	3	menciones
Agresión por parte de los internos	3	menciones
Centros no aptos para mantener internos contagiados	2	menciones

5. *Pregunta Nº 19: ¿Cree usted que "tatuarse" puede significar un medio de transmisión del SIDA?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
No	9	15
Sí	53	85

Las explicaciones aducidas fueron las siguientes:

Si se utilizan agujas u otros instrumentos infectados	52	menciones
Lo hacen en forma inadecuada y antihigiénica	1	mención

6. *Pregunta Nº 21: ¿Cree usted que el contacto directo (excepto el contacto sexual) con individuo que padezca SIDA tiene?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
Bajo riesgo de contagio	37	59
Ningún riesgo de contagio	13	21
Muy alto riesgo de contagio	12	20

7. *Pregunta N° 24: En su opinión, en el centro donde usted presta sus servicios, se observa en los reclusos un grado de "contaminación homosexual".*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
Bajo (menos del 10%)	20	32
Alto (entre 10 y 25%)	24	39
Muy alto (25% y más)	13	21
No respondió	5	8

8. *Pregunta N° 25: ¿Cree usted que la población masculina está más expuesta al riesgo de contraer SIDA, que la población femenina?*

Respuesta: Dijeron sí 31 funcionarios (50%) y justificaron sus respuestas de acuerdo con la siguiente distribución:

Por ser más impulsivo sexualmente	17	menciones
Homosexualidad como medio de contagio	10	menciones
Por trasmisión del semen	3	menciones
Drogadicción	2	menciones
Culturalmente-mentalidad promiscua	2	menciones

Dijeron no 31 funcionarios (50%) justificando la negación en dos grupos de razones:

El riesgo es el mismo	26	menciones
Depende de los hábitos sexuales	3	menciones

12. *Pregunta N° 26: En su opinión, las cárceles son un medio más propicio para contraer SIDA (es decir: la probabilidad de contraer SIDA es más alta estando preso, que estando en libertad).*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
Sí	32	52
No	27	43
NR	3	5

Las explicaciones de los que respondieron afirmativamente fueron:

Por el homosexualismo	16	menciones
La promiscuidad	10	menciones
El hacinamiento	6	menciones
Necesidad humana de afecto	4	menciones
Bisexualismo	4	menciones
Privación actividad sexual	3	menciones
Drogas	2	menciones
Violaciones y agresiones	2	menciones

Los que respondieron negativamente manifestaron las siguientes razones:

Depende de los hábitos sexuales	6	menciones
Promiscuidad es independiente del medio	4	menciones
Probabilidad mayor en el medio social	4	menciones
Posibilidad es igual	3	menciones
En libertad se contagia más fácilmente	2	menciones
Es igual si son homosexuales	2	menciones
Más fácil el diagnóstico	2	menciones
Pérdida de valores morales	2	menciones
Otros	4	menciones

13. *Pregunta N° 27: Señale las alternativas correctas; el virus del SIDA ha sido aislado de:*

Respuesta: Las alternativas mencionadas y su correspondiente proporción fue como sigue:

Total de respuestas: 60 no respondieron: 2, distribución:

Sangre	50	menciones
Semen	36	menciones
Secreción vaginal	33	menciones
Saliva	19	menciones
Lágrimas	15	menciones
Leche materna	17	menciones
Líquido ceforraquídeo	11	menciones
Líquido amniótico	7	menciones
Orina	12	menciones
Sudor	14	menciones

14. *Pregunta N° 28: ¿Se suministran preservativos, en el centro donde usted trabaja?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
Sí	11	18
No	51	82

15. *Pregunta N° 30: ¿Cree usted que los reclusos infectados con el virus del SIDA puedan realizar alguna actividad laboral?*

Respuesta:	Cantidad	Porcentaje
No	11	18
Sí	51	82