



Consultoría

DIAGNÓSTICO SOBRE VIH Y SIDA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO DEL PERÚ

Informe Final

Oscar M. Ayzanoa Vigil
Consultor

Lima, Enero 2011

PRESENTACIÓN

El presente Informe Final del “Diagnóstico sobre VIH y SIDA en el Sistema Penitenciario de Perú” ha sido elaborado siguiendo lo establecido en la guía de las consultorías “Diagnóstico sobre VIH y SIDA en los Sistemas Penitenciarios de Bolivia, Colombia y Perú” remitido por la Coordinadora del Proyecto. Asimismo, se ha tomado como referente el diagnóstico “La situación del VIH y SIDA en el Sistema Penitenciario de El Salvador”, buscando incluir la información a la que se ha tenido acceso en el esquema del mismo.

Para su elaboración se ha incluido la información recopilada tanto en las entrevistas realizadas, como en las visitas a establecimientos penitenciarios, así como en información documental recabada.

Se pone entonces a disposición de la Coordinación del Proyecto el presente Informe Final para su consideración, a la espera de la correspondiente retroalimentación, aportes y sugerencias a que haya lugar.

Lima, enero 2011

Oscar M. Ayzanoa Vigil
Consultor UNODC
“Diagnóstico sobre VIH y SIDA en el
Sistema Penitenciario de Perú”

I. Metodología, objetivos y antecedentes

1.1. Objetivo general

Elaborar un Diagnóstico sobre VIH y Sida en el Sistema Penitenciario del Perú, que proporcione información actualizada sobre VIH y Sida, ITS y tuberculosis en el sistema penitenciario peruano en el marco del proyecto interagencial del Grupo de Directores Regionales de ONUSIDA para Latinoamérica, denominado “Diagnósticos sobre VIH y Sida en medios penitenciarios de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela”.

1.2. Objetivos específicos:

- i) Determinar las acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo a las personas que viven con VIH/Sida en los establecimientos penitenciarios del Perú.
- ii) Establecer el estado de desarrollo de la legislación nacional y penitenciaria que en materia de derechos humanos y si existe un sistema de control y exigibilidad de esos derechos para las personas privadas de libertad, que viven con VIH/Sida, en el Perú.
- iii) Determinar el estado de desarrollo de respeto a los derechos fundamentales y en específico el acceso al derecho de la salud de la población privada de libertad.

1.3. Metodología.

El diagnóstico tiene dos componentes. El primero es el llenado de dos instrumentos de recolección de información diseñados por Naciones Unidas sobre el tema, uno de tipo documental sobre legislación, gestión penitenciaria y datos estadísticos básicos y otro de información sobre prevención, atención, tratamiento, apoyo y derechos humanos que se entregarán oportunamente. El segundo es la presentación de un documento de análisis a partir de la información recolectada en los instrumentos antes mencionados, cuyo avance es el presente documento.

La metodología para la recolección de la información se desarrolló en base a las siguientes actividades.

- i) **Realización de entrevistas** a: autoridades del Instituto Nacional Penitenciario, autoridades responsables del tema del VIH y Sida en el Ministerio de Salud (específicamente, la Coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y Sida, y la Coordinadora Multisectorial de Salud - CONAMUSA), funcionarios de la Defensoría del Pueblo; tomando como base los dos instrumentos de recolección de información anteriormente mencionados. El objetivo de estas entrevistas fue informar a las autoridades acerca de la realización del diagnóstico sobre VIH y Sida en el sistema penitenciario del Perú y conocer el trabajo y enfoque que dichas autoridades sostienen con relación al tema. Se explicó, asimismo, la metodología de la investigación, buscando definir la necesidad de personal de enlace dentro del sistema penitenciario a fin de coordinar la realización del trabajo de campo en establecimientos penitenciarios. Finalmente, esta actividad tuvo como punto central obtener información sobre las políticas institucionales referidas a la gestión de la administración penitenciaria en la prevención, atención y tratamiento de TBS, VIH y Sida en el sistema penitenciario peruano.

Para el desarrollo de esta actividad se solicitó a la Coordinación del Proyecto la provisión de cartas de presentación¹ las mismas que entregaron a los siguientes destinatarios:

- Señor Wilson Elmer Hernández Silva, Presidente del Consejo Nacional Penitenciario, INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO (INPE)
- Doctor José Luis Sebastián Mesones, Coordinador Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH y Sida, Ministerio de Salud
- Doctora Ender Allain Santisteban, Secretaría Ejecutiva de la Coordinadora Multisectorial de Salud (CONAMUSA), Ministerio de Salud

A raíz de esta gestión, el día 10 de noviembre se sostuvo una entrevista protocolar y de coordinación con Presidente del INPE quien accedió a prestar toda la colaboración para el desarrollo del presente diagnóstico. Para ello, estableció como funcionario de enlace a su Asesor, Dr. Arturo Martínez, y al Jefe de Salud Penitenciario, Dr. José Best Guerrero.

Cabe mencionar que, previa a la reunión con la autoridad máxima del INPE, se sostuvieron dos reuniones (a finales de octubre de 2010 y el 3 de noviembre del mismo año) con el Dr. Best a fin de contar con información básica necesaria previa al despliegue hacia establecimientos penitenciarios, principalmente referida a los contactos a establecer en cada uno de ellos para el mejor desarrollo del levantamiento de información.

Por otro lado, como efecto de las coordinaciones con el despacho de la presidencia del INPE se solicitó información documental adicional², obteniendo como respuesta una copia digital del Informe de Tratamiento a Julio 2010, elaborado por la Oficina de Planificación del INPE.

Adicionalmente se tuvo una entrevista con el Lic. Keneth Mora Landeo, Director General de Tratamiento del INPE el día 18 de Noviembre.

En cuanto a las autoridades del Sector Salud, a pesar de haberse hecho las coordinaciones para la realización de las entrevistas respectivas, estas no se llegaron a concretar.

- ii) **Realización de visitas de campo a establecimientos penitenciarios**, para el desarrollo de entrevistas estructuradas a autoridades de cada centro (Director, responsables del área de salud) y a personas privadas de libertad con VIH. Para efectos del presente informe, se realizaron visitas al Establecimiento Penitenciario de Mujeres de Chorrillos, al Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, al Establecimiento Penitenciario del Callao y a los Establecimientos Penitenciarios de Varones y de Mujeres de Iquitos. Previo a cada visita se envió a cada responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA en cada uno de estos penales, una lista de requerimientos³ a fin de que pueda preparar la información necesaria. El detalle de las visitas realizadas se describe a continuación:

¹ Ver copia de documentos entregados en Anexo 8.2.

² Ver Anexo 8.3.

³ Ver en Anexo 8.4.

Visita al Establecimiento Penitenciario de Chorrillos - 12 de noviembre

- Entrevista con la Lic. Rosa Carazas, Directora del EP de Chorrillos
- Entrevista con la Dra. Raquel Pino, Jefa del Servicio de Salud Penitenciaria y responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del EP de Chorrillos
- Visita guiada a las instalaciones de la clínica del EP Chorrillos, recogiendo detalles de los diversos profesionales que laboran en ella (laboratorista, enfermera, responsable de farmacia, entre otras).
- Entrevista con internas del EP Chorrillos (una viviendo con VIH y otra, paciente de tuberculosis)
- Entrevista con la Jefa (encargada) del Órgano Técnico de Tratamiento.

Visita al Establecimiento Penitenciario de Lurigancho - 19 de noviembre

- Entrevista con el Coronel PNP Fernando Delboy, Director del EP de Lurigancho
- Entrevista conjunta con el Dr. Carlos La Serna, Jefe del Servicio de Salud Penitenciaria del EP de Lurigancho, y la Lic. Selene Martínez, responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del EP de Lurigancho
- Visita guiada a las instalaciones de la clínica central del EP Lurigancho, recogiendo detalles de los diversos profesionales que laboran en ella en sus respectivas áreas de servicio (laboratorista, enfermera, responsable de farmacia, servicio odontológico, hospitalización, entre otras).
- Visita al área de Tratamiento Directamente Observado (TDO) para pacientes con tuberculosis y entrevista con enfermera responsable e internos promotores de salud.
- Visita guiada a clínica anexa (antigua) del EP Lurigancho, recogiendo detalles de los diversos profesionales y colaboradores internos que laboran en ella en sus áreas de servicio (psiquiatría, estrategia sanitaria de VIH/SIDA, cocina para alimentación complementaria de internos con VIH/SIDA o tuberculosis).
- Entrevista con 7 internos viviendo con VIH que reciben atención de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del EP de Lurigancho
- Entrevista con 2 internos de la Comunidad “Virgen de la Puerta”, conformada por internos homosexuales
- Entrevista con 3 internos promotores de salud que realizan campañas de prevención con la población penal, como parte de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del EP de Lurigancho
- Visita a las instalaciones de la Capellanía del EP Lurigancho y entrevista con voluntarias que prestan servicios en la enfermería.

Visita al Establecimiento Penitenciario del Callao - 26 de noviembre

- Entrevista con el Sr. César Herrera Pérez, Director del EP del Callao.
- Entrevista con el Dr. Freddy De La Cruz Álvarez, Jefe del Servicio de Salud Penitenciaria del EP del Callao.
- Entrevista con el Lic. David Sauñe Ayala, responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del EP del Callao.
- Visita guiada a las instalaciones del Área de Salud del EP del Callao, recogiendo detalles de los diversos profesionales que laboran en ella en sus

- respectivas áreas de servicio (laboratorista, enfermera, responsable de farmacia, servicio, hospitalización, entre otras).
- Visita a internos hospitalizados con tratamiento contra la tuberculosis.
- Entrevista a internos viviendo con VIH que recibe atención de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del EP del Callao.

Visita a los Establecimientos Penitenciarios de Varones y de Mujeres de Iquitos – 3 de diciembre

- Entrevista con el Sr. César Falcón Cruzado, Director del EP de Varones de Iquitos.
- Entrevista con el Dr. Bernardo Laulate Lozano, Jefe del Servicio de Salud Penitenciaria del EP de Varones de Iquitos y responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA del establecimiento.
- Visita guiada a las instalaciones del Área de Salud del EP de Varones de Iquitos.
- Entrevista con la Lic. Delcia Zapata Roque, Directora del EP de Mujeres de Iquitos.
- Visita guiada a las instalaciones del EP de Mujeres de de Iquitos.

Estas visitas contaron con el respectivo registro gráfico y en audio, el mismo que sirvió de referencia para el desarrollo del capítulo III, apartado 3.3.2.

- iii) **Realización de entrevistas en instituciones** que velan por el respeto a los derechos humanos de las personas privadas de libertad, así como con organizaciones no gubernamentales que poseen programas de trabajo en los temas de derechos humanos, salud y género vinculados con VIH y SIDA, para conocer y plasmar en el diagnóstico aspectos específicos de los programas y acciones que desarrollan.

Para estos efectos, se incluyeron como destinatarios de las cartas remitidas desde la Coordinación del Proyecto, a las siguientes personas:

- Doctora Beatriz Merino Lucero, Defensora del Pueblo
- Doctora Virginia Baffigo, Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial de CARE
- Doctora Frederique Degrais, Comité Internacional de la Cruz Roja - Delegación en el Perú

Como resultado se sostuvieron las siguientes entrevistas⁴:

- Dra. Luisa Fernanda Córdova Vera, Comisionada de la Adjuntía para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo, Coordinadora de proyectos de esta institución en temas de VIH/SIDA, específicamente en relación a la inclusión del enfoque de derechos humanos en la respuesta estatal ante esta epidemia; realizada el 24 de noviembre de 2010.
- Dr. Julio Magán Zevallos, Comisionado del Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios de la Defensoría del Pueblo; realizada el 25 de noviembre de 2010.

⁴ Para cada entrevista se preparó un cuestionario guía. Se pueden apreciar los diversos instrumentos utilizados en el Anexo 8.5

- Dra. Virginia Baffigo, Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial de CARE; realizada el 7 de diciembre de 2010.
 - Doctora Frederique Degrais, Comité Internacional de la Cruz Roja - Delegación en el Perú; realizada el 7 de diciembre de 2010.
- iv) **Revisión legislativa y bibliográfica** de documentos, informes, estudios desarrollados por las Instituciones responsables de estos temas, así como por Organismos Internacionales de Cooperación, Organizaciones No Gubernamentales y universidades; los cuales se detallan en el Capítulo VII - Bibliografía.

II. Contextualización del sistema penitenciario y el VIH/SIDA en prisiones en el Perú

2.1. Marco institucional del Sistema Penitenciario peruano.

La Constitución Política del Perú de 1993 consagra “[e]l derecho de los reclusos y sentenciados de ocupar establecimientos adecuados [y e]l principio de que el régimen penitenciario tiene por objeto la reeducación, rehabilitación y reincorporación del penado a la sociedad”⁵. A partir de estos preceptos constitucionales, el Código de Ejecución Penal⁶ desarrolla el conjunto de normas que regulan la ejecución del sistema de penas (privativas de libertad, restrictivas de libertad y limitativas de derechos).

Como parte del conjunto de estas normas, el Código de Ejecución Penal instituye al Instituto Nacional Penitenciario - INPE como organismo público rector del Sistema Penitenciario Nacional, con autonomía normativa, económica, financiera y administrativa⁷. Según su Reglamento de Organización y Funciones⁸, el INPE cuenta entre sus órganos de línea a la Dirección de Tratamiento Penitenciario de la cual depende la Subdirección de Salud Penitenciaria.

Asimismo, el INPE se organiza en órganos desconcentrados denominados oficinas regionales, las mismas que dirigen, evalúan y supervisan la ejecución de las penas privativas de libertad que se ejecutan en los 67 establecimientos penitenciarios a nivel nacional. De esta forma, el INPE cuenta con ocho oficinas regionales en las que se ha dividido el país. En el siguiente mapa se detallan las mismas, con su ámbito de jurisdicción, nombrándose la según su sede principal.

Gráfico N° 1 Oficinas Regionales del INPE a nivel nacional

⁵ Artículo 139, incisos 21 y 22.

⁶ Aprobado por Decreto Legislativo N° 654 del 2 de agosto de 1991.

⁷ Código de Ejecución Penal, artículos 133° y 134°.

⁸ Aprobado por Decreto Supremo N° 009-2007-JUS Del 9 de octubre de 2007 (disponible en http://www2.inpe.gob.pe/portal/archivos/upload/contenido/rof_inpe_2007_ultimo.pdf).



En relación a los recursos humanos con los que cuenta, el INPE cuenta con 5,526 trabajadores, distribuidos de la siguiente forma⁹ según dependencias.

Cuadro N° 1

⁹ Información extraída del Cuadro de Asignación de Personal del INPE aprobado por Resolución Suprema N° 139-2008-JUS del 6 de Agosto de 2008 y publicado en el portal de transparencia institucional, en http://www2.inpe.gob.pe/portal/archivos/upload/transparencia/Files/CAP_INPE_2008.pdf.

RESUMEN CUANTITATIVO DEL CUADRO PARA ASIGNACION DEL PERSONAL

ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS	TOTAL	%
ALTA DIRECCION	31	0.6%
Consejo Nacional Penitenciario	9	
Secretaría General	15	
Oficina de Prensa e Imagen Institucional	7	
ÓRGANO DE CONTROL Y DE ASUNTOS INTERNOS	20	0.4%
Órgano de Control Institucional	14	
Oficina de Asuntos Internos	6	
ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO	37	0.7%
Oficina de Planeamiento y Presupuesto	29	
Oficina de Asesoría Jurídica	8	
ÓRGANOS DE APOYO	106	1.9%
Oficina General de Administración	3	
Unidad de Recursos Humanos	23	
Unidad de Contabilidad y Tesorería	20	
Unidad de Logística	26	
Oficina de Sistemas de Información	10	
Oficina de Infraestructura Penitenciaria	4	
Unidad de Estudios y Proyectos	11	
Unidad de Obras y Equipamiento	9	
ÓRGANOS DE LINEA	203	3.6%
Dirección de Tratamiento Penitenciario	3	
Subdirección de Asistencia Penitenciaria	10	
Subdirección de Educación Penitenciaria	4	
Subdirección de Trabajo y Comercialización	7	
Subdirección de Salud Penitenciaria	6	
Dirección de Registro Penitenciario	13	
Dirección de Seguridad Penitenciaria	3	
Subdirección de Seguridad de Penales y Traslado	137	
Subdirección de Inteligencia Penitenciaria	9	
Dirección de Medio Libre	11	
ÓRGANO DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN	42	0.8%
ÓRGANOS DESCONCENTRADOS	5126	92.1%
Oficina Regional Norte Chiclayo	728	
Oficina Regional Lima	2358	
Oficina Regional Sur Arequipa	520	
Oficina Regional Centro Huancayo	428	
Oficina Regional Nor Oriente San Martín	215	
Oficina Regional Sur Oriente Cuzco	343	
Oficina Regional Oriente Pucallpa	246	
Oficina Regional Altiplano Puno	288	
TOTAL	5,565	100.0%

Fuente: INPE
Elaboración: propia

Teniendo en cuenta que al menos¹⁰5126 trabajadores penitenciarios laboran directamente en penales (es decir, los correspondientes a las oficinas regionales); se puede hablar de una ratio aproximada de 1 trabajador penitenciario para 5 privados de libertad. Considerando la multiplicidad de servicios que requieren los internos (educación, tratamiento psicológico, asesoría legal, servicio social, apoyo laboral, servicios de salud, seguridad, apoyo administrativo, etc.) se revela un déficit¹¹. Al respecto, al Defensoría del Pueblo en el año

¹⁰Se refiere “al menos” en razón a que dentro del personal de cada oficina regional se cuenta también a personal administrativo de la propia sede regional que no realiza labores directamente en los establecimientos penitenciarios.

¹¹ En este sentido, la Defensoría del Pueblo en el año 2006 señalaba en su “Supervisión del Sistema Penitenciario 2006” (Serie Informes Defensoriales – Informe N° 113, 2007, páginas 47 a 50) cifras que revelaban un claro déficit de recursos humanos específicamente en materia de tratamiento (asesoría legal, servicios psicológicos y de asistentes sociales, promoción laboral y actividades educativas).

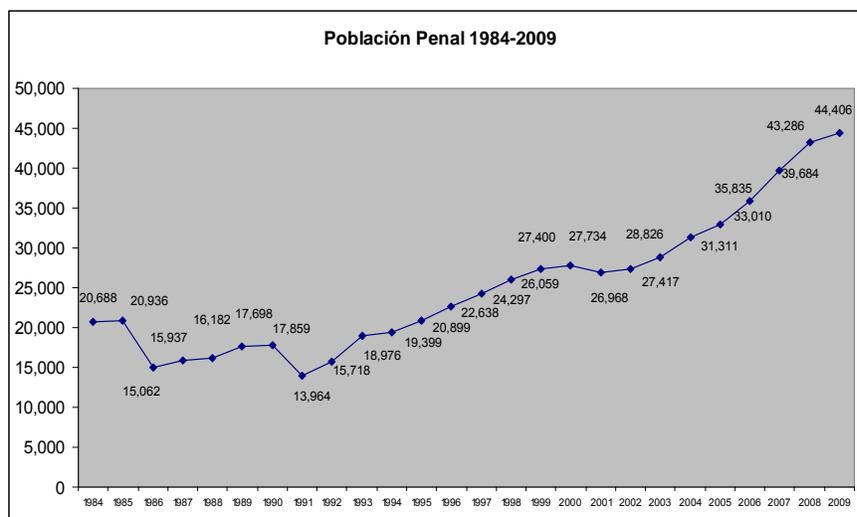
2006 señalaba cifras que revelaban un claro déficit de recursos humanos específicamente en materia de tratamiento.

2.2. Caracterización estadística del Sistema Penitenciario peruano.

El Sistema Penitenciario en el Perú comparte numerosas coincidencias con la problemática de los centros penitenciarios en los países de la región¹². En ese sentido, la descripción que sigue a continuación dará cuenta de los principales indicadores estadísticos que configuran sus principales características, de acuerdo a cifras oficiales.

Así, según cifras estadísticas del Instituto Nacional Penitenciario¹³, la principal característica es el sostenido crecimiento de la población penitenciaria el mismo que se grafica en el cuadro que se presenta a continuación:

Gráfico N° 2



Fuente: INPE
Elaboración: propia

Como se aprecia, se da un marcado incremento –sobre todo en las últimas décadas- de la población privada de libertad resaltando siempre una clara tendencia al alza. Así, durante la década de los 90’s, la tasa de crecimiento de la población penal fue de 5.1%. Sin embargo, en la primera década del nuevo siglo (años 2000-2009), el promedio de crecimiento aumentó a 5.5%, habiéndose registrado picos en las tasas de crecimiento de 10.7% del 2006 al 2007 y de 9.1% del 2007 al 2008; aún cuando esta tasa disminuye en el último período (2008 a 2009) a 2.6%.

A este respecto, la Defensoría del Pueblo ha manifestado reiteradamente en sus informes de supervisión al Sistema Penitenciario que *“el aumento de las penas trae como consecuencia el incremento de la población penal y del tiempo de permanencia de los internos en las cárceles. Ello explica el drástico incremento de dicha población [pues] se supera la capacidad de albergue de los establecimientos penales [...] originándose una tasa de*

¹² Al respecto ver FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN “Sistema Penitenciario. V Informe sobre Derechos Humanos”, Madrid, 2007.

¹³ INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO, “Informe Estadístico Setiembre -2010”.

sobrepoblación penal [...] que excede de la capacidad de atención de los servicios penitenciarios”. Por ello, esta institución encuentra las causas de esta sobrepoblación en “la promulgación de normas penales cada vez más severas que no surgen de un diagnóstico integral de la criminalidad, ni contemplan los efectos que tendrá la aplicación de las nuevas normas penales [dado que en] la mayoría de los casos las normas penales dictadas no se originan en una adecuada planificación y coordinación entre los diversos integrantes del sistema penal”¹⁴.

La primera y principal consecuencia de la sobrepoblación es el hacinamiento. Según el mismo INPE la capacidad de albergue de los establecimientos penitenciarios de los que se dispone es de 24863 espacios, lo que deriva en una sobrepoblación de 82% de su capacidad instalada. Esto genera inevitablemente un colapso de los servicios de diverso tipo en todos los penales.

Sin embargo, adicionalmente cabe tener presente que a noviembre del año 2010¹⁵ la población penal había aumentado a 46,176 personas privadas de libertad en los 67 establecimientos penitenciarios que funcionan a nivel nacional. Del total de población penal, la población masculina es de 43369 (93.9%) y la femenina es de 2807 (6.1%).

Adicionalmente, cabe señalar que de los establecimientos penitenciarios en funcionamiento, 10 de ellos están dedicados exclusivamente para la reclusión de mujeres, existiendo otros 36 que albergan población mixta (hombres y mujeres, debidamente separados).

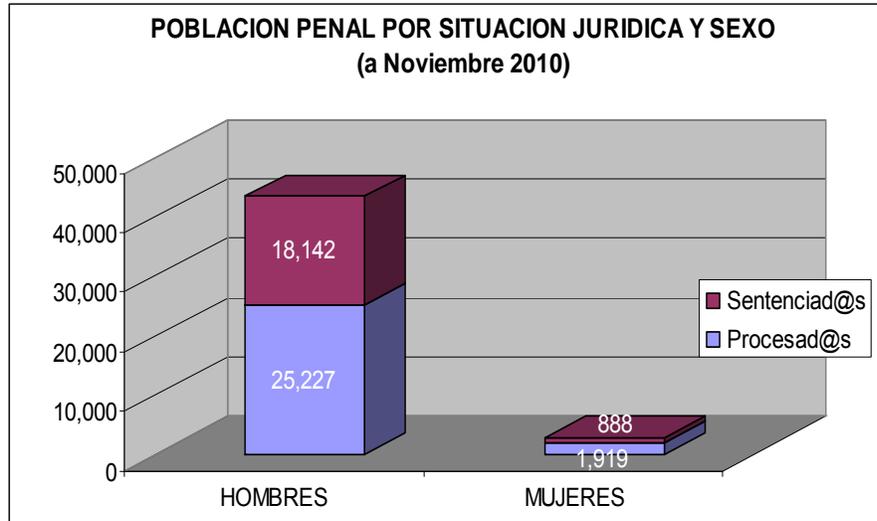
En relación a las cifras de población según situación jurídica, el número de internos e internas en calidad de “Procesados” es de 27146, lo que constituye un 58.8% de la población total; versus una población de “Sentenciados” de 19030 que representa el 41.2%. Cabe señalar que la ratio procesados/sentenciados ha venido equiparándose con un notorio incremento de la tasa de sentenciados (que tradicionalmente, bordeaba entre 30% a 35%) debido al proceso de implementación progresiva del nuevo Código Procesal Penal iniciado en el año 2006.

El siguiente gráfico muestra la combinación de ambos criterios, con las cifras parciales de procesados/sentenciados diferenciados según la variable de sexo:

Gráfico N° 3

¹⁴ DEFENSORÍA DEL PUEBLO, “Supervisión del Sistema Penitenciario 2006”, Serie Informes Defensoriales – Informe N° 113. 2007. Páginas 33-34.

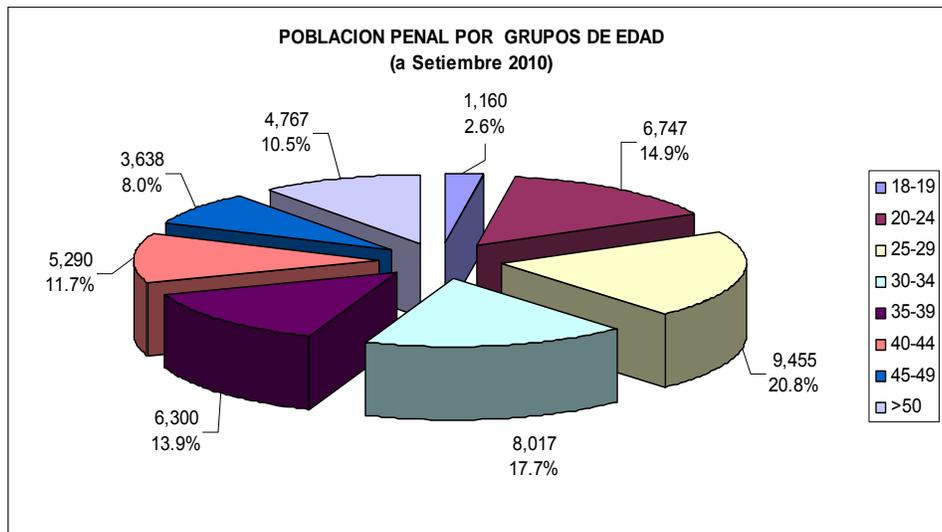
¹⁵ Última información disponible publicada en el portal web del INPE en http://www2.inpe.gob.pe/portal/archivos/upload/menu/noviembre_2010.pdf.



Fuente: INPE
Elaboración: propia

En relación a otras variables que permitan caracterizar a la población penitenciaria del Perú, se tiene su distribución por rangos de edad, la misma que, según cifras a setiembre de 2010, muestra que la porción mayoritaria de privados de libertad tiene 25 y 29 años de edad (20.8%). Sin embargo, cabe anotar que más de dos tercios de la población penal (67.3%) se encuentra en el rango de 20 a 39 años, es decir, en plena etapa productiva. Los números y porcentajes detallados se muestran a continuación.

Gráfico N° 4



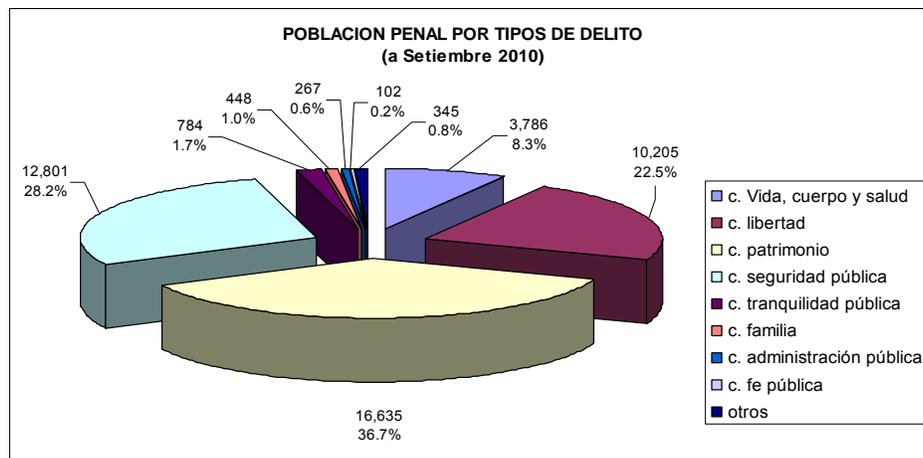
Fuente: INPE
Elaboración: propia

Es necesario señalar que la población de menores de edad entre 14 y hasta antes de cumplir los 18 años que han cometido infracciones a la ley penal es tratada bajo otra legislación e institucionalizados bajo otro régimen, cabiendo la posibilidad de privarlos de libertad. Es así

que el Código de los Niños y Adolescentes¹⁶ regula lo relacionado a los “Adolescentes en conflicto con la ley penal”, estableciendo un sistema de medidas socioeducativas (amonestación, libertad asistida, libertad restringida, prestación de servicios a la comunidad e internamiento). La ejecución de estas medidas está a cargo del Poder Judicial, a través de la Gerencia de Centros Juveniles de su Gerencia General¹⁷. En ese sentido, esta población menor de edad no es parte del presente estudio diagnóstico.

Por otro lado, volviendo a la población reclusa en centros penitenciarios, en relación a los tipos de delito cometidos¹⁸, se tiene que más de un tercio de la población penal (36.7%) está internada por la comisión de delito contra el patrimonio (hurto, robo o asalto, sea en sus tipos simples o en los agravados). El segundo lugar lo ocupa el delito contra la seguridad pública con 12,801 internos registrados. Cabe mencionar que esta figura genérica incluye al delito de tráfico ilícito de drogas (11,738, es decir el 25.9% del total de internos). Adicionalmente, el tercer lugar lo ocupan los delitos contra la libertad con 22.5% del total. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que bajo esta denominación tomada del Código Penal se encuentran tanto los delitos contra la libertad sexual en sus diversas formas como los delitos contra la libertad individual (secuestro, extorsión, etc.). El siguiente gráfico muestra los datos pertinentes.

Gráfico N° 5



Fuente: INPE
Elaboración: propia

Finalmente, de la combinación de estas variables, se puede ensayar un perfil del interno de las cárceles peruanas, el mismo que configura a un privado de libertad de sexo masculino, con condición jurídica de procesado (es decir, sin sentencia firme), con un rango de edad de entre 25 a 29 años y al cual se le ha imputado el delito contra el patrimonio.

¹⁶ Ley N° 27337, publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 7 de agosto del 2000.

¹⁷ En el Perú existen 10 Centros Juveniles para adolescentes infractores, 9 de ellos para la ejecución de la medida socioeducativa de internamiento (de ellos, uno exclusivo para mujeres) y sólo un centro, denominado “Servicio de Orientación al Adolescente – SOA” para la ejecución de medidas de tipo abierto. Mayor información disponible en <http://historico.pj.gob.pe/CorteSuprema/GerenciaGeneral/gcj/>.

¹⁸ Téngase en cuenta que la estadística penitenciaria para el análisis de esta variable considera a las denominaciones genéricas de la conductas ilícitas tal como las define los diversos títulos del libro II del Código Penal vigente.

2.3. EL VIH/SIDA en las prisiones en el Perú: incidencia de la epidemia y respuesta del Estado

Las primeras respuestas a tema del VIH/SIDA en las prisiones peruanas se remontan al año 1994 en el Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, el más grande del país y el más emblemático, en tanto su problemática, su sobrepoblación y sus particulares características¹⁹ lo hacen constituirse en un factor determinante de la situación del sistema penitenciario peruano.

Según información obtenida a la que se ha tenido acceso²⁰, es en ese año que se empiezan a practicar las primeras pruebas a internos para la verificación de la presencia de la infección, focalizando la intervención en los pacientes de tuberculosis que se ubicaban en un pabellón diferenciado, separado del resto de la población penal. Dado que no se contaban con recursos propios para desarrollar las pruebas a quienes accedían a realizárselas, durante los siguientes años se contó con la colaboración de diversas instituciones (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Instituto de Medicina Tropical, Universidad Peruana Cayetano Heredia) para las mencionadas pruebas las mismas que se recogían en el penal y eran analizadas fuera de él. Es así que en esta primera etapa se dan alrededor de 300 pruebas, las mismas que fueron un primer indicativo de la presencia de la epidemia en la población penitenciaria. Paralelamente, el responsable del área de salud del Penal de Lurigancho empezó a tomar contacto con el entonces denominado Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETTS) del Ministerio de Salud a fin de articular la respuesta con las directivas emanadas de la autoridad nacional.

De esta forma, se empieza a configurar la estrategia de intervención dentro de penales, la misma que contó con el apoyo de la cooperación internacional. De esta forma, en un primer momento Médicos Sin Frontera (principalmente la filial de Holanda y posteriormente, las de Bélgica e Italia) lograron canalizar importantes recursos para articular una respuesta más consistente dentro del penal de Lurigancho. Así, se remodelaron los ambientes de la antigua “clínica” del penal a fin de destinarla a internos con VIH/SIDA.

Posteriormente, se iniciaron coordinaciones a fin de participar en las en el marco de la Segunda Ronda del Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que llevaron al financiamiento y ejecución a partir del año 2004 de acciones destinadas a establecer una respuesta estatal, articulada entre diversos órganos del Estado, contra el VIH/SIDA y TB en penales. Como efecto de estos esfuerzos ese mismo año el PROCETSS es sustituido por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA. Es desde esta estrategia que se articulan las respuestas contra el VIH/SIDA dentro de los establecimientos penitenciarios, detallándose en el siguiente capítulo sus manifestaciones concretas.

III. Situación del VIH/Sida en el sistema penitenciario de Perú.

3.1. Marco Jurídico

¹⁹Al respecto, es particularmente revelador –a pesar del tiempo transcurrido– tener presente el estudio de PEREZ GUADALUPE, José Luis, “Faites y Atorrantes. Una etnografía del EP Lurigancho”, 1994; y los informes de la Defensoría del Pueblo sobre este establecimiento: Informe Defensorial N° 5 “Informe sobre la situación del Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario Lurigancho” (octubre de 1997) y el “Segundo informe sobre la situación del Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario Lurigancho” (octubre del 2002).

²⁰Obtenida en las dos entrevistas sostenidas con el Dr. José Best Romero, Sub-Director de Salud Penitenciaria.

La Constitución Política del Perú de 1993 señala en su primer artículo que “[l]a defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”. En lo concerniente a la salud, el artículo 7 expresa que “[t]odos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. Por otro lado, como ya se ha mencionado, también se consagra en los incisos 21 y 22 de su Artículo 139 “[e]l derecho de los reclusos y sentenciados de ocupar establecimientos adecuados [y e]l principio de que el régimen penitenciario tiene por objeto la reeducación, rehabilitación y reincorporación del penado a la sociedad”

Adicionalmente, la Constitución establece en su artículo 56° que los tratados celebrados por el Estado y en vigor forman parte del derecho nacional. A ello cabe agregar además que el Código de Ejecución Penal señala en el Artículo X de su Título Preliminar que el Sistema Penitenciario acoge las disposiciones, conclusiones y recomendaciones de las Naciones Unidas para la prevención del delito y tratamiento del delincuente.

De esta forma, se acoge el corpus juris internacional ampliamente desarrollado, tanto a nivel del sistema universal como del interamericano de protección de derechos humanos, el cual es aplicable a los privados de libertad. Entre las normas específicas que integran este conjunto de normas, se pueden citar:

- En el Sistema Universal de protección internacional de derechos de privados de libertad:
 - La Declaración Universal de Derechos Humanos²¹, que en su artículo 25.1 señala que “[t]oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.
 - El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²², que en su artículo 12 reconoce el derecho de toda persona “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, obligando a los Estados parte del Pacto a “asegurar la plena efectividad de este derecho” a través de – entre otras obligaciones – “[l]a prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas [y la] creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.
 - Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos²³, que desarrollan en las Reglas 22 a 26 los diversos contenidos de los servicios médicos a aplicarse a los privados de libertad, señalando entre ellos que “[l]os servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la

²¹ Adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

²² Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

²³ Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, 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

administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación”, asimismo que “[c]uando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados [y de] personal [con] suficiente preparación profesional”. Se señala también que se deberá “asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas”.

- Los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos²⁴, que señalan en su numeral 9 que los privados de libertad *“tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”.*
- Los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes²⁵, que establecen como primer principio que *“[e]l personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”.*

- En el Sistema Interamericano de protección internacional de derechos de privados de libertad:

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre²⁶, que señala en su Artículo XI que *“[t]oda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica”.*
- El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"²⁷, que define el derecho a la salud como *“el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* y compromete a los Estados signatarios a *“reconocer la salud como un bien público”* y a adoptar diversas medidas para garantizar este derecho, entre ellas *“la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.*

²⁴ Adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990.

²⁵ Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982

²⁶ Adoptada y aprobada el 2 de mayo de 1948 en la Novena Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá, Colombia, 1948)

²⁷ Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimotercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

- Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas²⁸, específicamente el Principio X que desarrolla el aspecto de salud penitenciaria en los siguientes términos:

*“Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; **y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal(resaltado nuestro).** El tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas.*

En toda circunstancia, la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios siguientes: confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente.

El Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad.

Las mujeres y las niñas privadas de libertad tendrán derecho de acceso a una atención médica especializada, que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuadamente a sus necesidades en materia de salud reproductiva. En particular, deberán contar con atención médica ginecológica y pediátrica, antes, durante y después del parto, el cual no deberá realizarse dentro de los lugares de privación de libertad, sino en hospitales o establecimientos destinados para ello. En el caso de que ello no fuere posible, no se registrará oficialmente que el nacimiento ocurrió al interior de un lugar de privación de libertad.

En los establecimientos de privación de libertad para mujeres y niñas deberán existir instalaciones especiales, así como personal y recursos apropiados para el tratamiento de las mujeres y niñas embarazadas y de las que acaban de dar a luz.

Cuando se permita a las madres o padres privados de libertad conservar a sus hijos menores de edad al interior de los centros de privación de libertad, se deberán tomar las medidas necesarias para organizar

²⁸ Resolución 1/08, aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su 131º período ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo de 2008.

guarderías infantiles, que cuenten con personal calificado, y con servicios educativos, pediátricos y de nutrición apropiados, a fin de garantizar el interés superior de la niñez”.

A nivel de legislación ordinaria, el Código de Ejecución Penal regula en los artículos 76° a 82°, resaltando los siguientes:

Artículo 76.- Salud física y mental

El interno tiene derecho a alcanzar, mantener o recuperar el bienestar físico y mental. La Administración Penitenciaria proveerá lo necesario para el desarrollo de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud.

Artículo 77.- Servicio médico básico

Todo Establecimiento Penitenciario tiene un servicio médico básico a cargo de un facultativo, encargado de atender el bienestar del interno y de vigilar las condiciones del medio ambiente del Establecimiento, con la colaboración del personal profesional necesario.

Artículo 78.- Servicios médicos especializados

En los Establecimientos Penitenciarios donde se justifique la necesidad de servicios especializados, se cuenta con un equipo de profesionales en cirugía, endocrinología, psiquiatría, psicología, oftalmología, pediatría, ginecología, odontología y el personal técnico auxiliar adecuado.

Artículo 79.- Equipamiento del servicio médico

Los Establecimientos Penitenciarios están dotados de ambientes destinados a hospital, enfermería o tópicos, según sus necesidades, con el equipo e instrumental médico correspondiente.

Igualmente, cuentan con zonas específicas de aislamiento para casos de enfermedades infecto-contagiosas, para el tratamiento psiquiátrico y para la atención de los toxicómanos y alcohólicos.

Estas normas son desarrolladas posteriormente en el Reglamento del Código de Ejecución Penal²⁹, en sus artículos 123 a 136, estableciendo que “[l]a asistencia sanitaria penitenciaria se orienta a la prevención, tratamiento y rehabilitación, [debiendo] poner énfasis en la prevención de enfermedades transmisibles” (artículo 123) y prescribiendo su adecuación a “las normas de clasificación, infraestructura y organización dictadas por el Ministerio de Salud”.

Asimismo, se establece que debe asignarse “por lo menos un profesional médico en cada establecimiento penitenciario” y donde esto no sea posible deberá coordinarse con “las instituciones de salud de la localidad” (art. 126), siendo permanente el servicio de enfermería. Se prescribe también que “[l]a atención especializada se efectuará preferentemente a través del sistema nacional de salud [y que en] los convenios y programas con las autoridades del sector salud se establecerán condiciones de acceso a consultas externas, hospitalización y/o emergencia”.

El Reglamento señala que el INPE debe contar “con sistemas de vigilancia epidemiológica que le permitan conocer las enfermedades prevalentes en la población penitenciaria y los grupos de mayor riesgo, con la finalidad adecuar la asistencia a las necesidades reales detectadas [y que debe] cumplir los programas nacionales establecidos por el Ministerio de

²⁹ Aprobado por Decreto Supremo N° 015-2003-JUS.

Salud” (art. 130). Del mismo modo, se establece la provisión de “ración alimenticia especial al interno que se encuentre ubicado en los ambientes de salud del establecimiento penitenciario, al mayor de sesenta y cinco años, a la interna gestante, madre lactante y al niño menor de tres años que vive con su madre en el establecimiento penitenciario, así como a los que a juicio del médico tratante lo requieran”.

A nivel de normatividad interna, mediante Resolución Presidencial del Instituto Nacional Penitenciario N° 319-2005-INPE/P del 26 de mayo de 2005³⁰ se aprobaron las “Normas y Procedimientos para la Atención de Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios a nivel Nacional”, que tiene por objetivo establecer normas generales y específicas a considerar en los procesos de atención de salud de los privados de libertad.

En materia de desarrollo jurisprudencial de estas normas, el Tribunal Constitucional ha señalado que *“los reclusos (...) tienen un derecho constitucional a la salud al igual que cualquier persona. Pero, en este caso, es el Estado el que asume la responsabilidad por la salud de los internos; hay, pues, un deber de no exponerlos a situaciones que pudieran comprometer o afectar su salud. Por esta razón, el INPE, como sector de la administración competente de la dirección y administración del sistema penitenciario (...) son responsables de todo acto que pudiera poner en riesgo la salud de los demandantes y debe, en consecuencia, proporcionar una adecuada y oportuna atención médica. Asimismo, ante esta situación, el Estado debe tomar las acciones apropiadas para el cese de la situación peligrosa”*³¹.

Por otro lado, en lo que se refiere a respuesta normativa ante la presencia del SIDA, la de ellas se concretó en 1990 a través de la Ley N° 25275 que declaró de interés nacional –y asignó carácter prioritario dentro de la Política Nacional de Salud– a la prevención y lucha contra el SIDA. Posteriormente, en junio de 1996, se promulga la Ley N° 26626 (más conocida como “Ley CONTRASIDA”, mediante la cual se encargó al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Además, se estableció la necesidad *“de la prevención, el control y la asistencia del VIH/Sida y las ETS”*. Entre otros aspectos, se estableció que las pruebas de diagnóstico eran voluntarias y requerían consejería previa, y se asignó carácter confidencial a los resultados, así como a la causa cierta o probable de contagio.

Posteriormente, mediante Decreto Supremo N° 005-2007-SA del 2 de mayo de 2007 se aprobó el “Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú”³². En el mismo, se incorpora por primera vez como población vulnerable a las personas privadas de su libertad (PPL). Así, específicamente, dos de sus 8 objetivos estratégicos señalan:

“Objetivo estratégico 1. Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.

1.1. Promoción de uso adecuado y provisión de condones para las poblaciones HSH, TS y PPL mediante la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEP)

³⁰ En anexo 8.6.

³¹ Sentencia del Tribunal Constitucional, Expediente 1429-2002-HC/TC, párrafo 15.

³² Ver anexo 8.7.

1.2 Incidencia política para desarrollar acciones que faciliten el acceso a la atención e información a HSH, TS, PPL

1.3 Promoción para el incremento de la cobertura de Atención Médica Periódica (AMP), consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS y PPL

1.4 Fortalecimiento del manejo y prevención de ITS a través de la AMP, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en HSH, TS y PPL

1.5 Mejoramiento de la infraestructura y del sistema para prevención y atención de ITS (Fortalecimiento de los Centros de Referencia de Atención de ITS y Unidades de AMP)

1.6 Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, tomando en cuenta la diversidad de poblaciones HSH, TS y PPL

1.7 Fortalecimiento de las organizaciones de poblaciones HSH y TS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos, en el marco de sus deberes y derechos ciudadanos.

Objetivo estratégico 7. Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.

7.1. Sensibilización sobre la situación actual del VIH/SIDA, PVVS y la crisis del VIH en las poblaciones con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL jóvenes y adultos) y PVVS

7.2. Promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones con mayor prevalencia y más expuestas al VIH (HSH, TS y PPLs jóvenes y adultos) y PVVS

7.3. Formulación de planes locales y regionales de abogacía y lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones vulnerables (con mayor prevalencia y más expuestas), en alianza estratégica con organizaciones que trabajan el tema del VIH y derechos humanos

7.4. Participación de los grupos con mayor prevalencia y más expuestos al VIH (TS, HSH, PPL) en el CONAMUSA, COREMUSAS, equipos multidisciplinarios y otros niveles locales

7.5. Fortalecimiento de las organizaciones, capacitación e información para HSH, TS y PVVS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos “

Este marco normativo ha dado como efecto una serie de normas técnicas aprobadas por la autoridad de salud (las mismas que se especificarán más adelante) y que dan cobertura a las políticas institucionales, de carácter general y específico (en cárceles), que se describirán en el siguiente acápite.

3.2. Políticas institucionales

El presente subcapítulo busca describir los hallazgos sobre el conjunto de políticas encontradas durante el trabajo de investigación. Para ello, se mostrará en principio el panorama de la política global contra el VIH/SIDA y como esta se ha adecuando para responder a la problemática específica de la epidemia dentro de las cárceles peruanas.

3.2.1. La configuración de las políticas nacionales contra el VIH/SIDA: la Intervención del Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el establecimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA

La aparición de la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de innegable trascendencia en la escena contemporánea, mereció la preocupación y respuesta de la sociedad y autoridades peruanas desde que el primer caso de SIDA en el país se diagnosticara en 1983. Tres años después, el Ministerio de Salud conformó la Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA, la misma que luego se convertiría, también tres años más tarde, en el Programa Especial de Control de SIDA (PECOS) cuyas líneas de acción estaban orientadas a elaborar estrategias de prevención dirigidas especialmente a la población juvenil y adolescente y a capacitar al personal de salud en consejería.

Posteriormente, en 1995, el PECOS toma el nombre de Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) y es en esta nueva etapa donde se plantean modernas propuestas de intervención, todas ellas sustentadas en la nueva visión de la lucha contra las ITS y VIH/SIDA a nivel mundial.

En el año 2000 se constituye el Componente Control de ETS y SIDA (CETSS) y en el año 2001, los países industrializados y las principales fundaciones financieras internacionales forjaron el llamado Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a los países en vías de desarrollo, con el fin de fortalecer sus respuestas nacionales hacia tales epidemias.

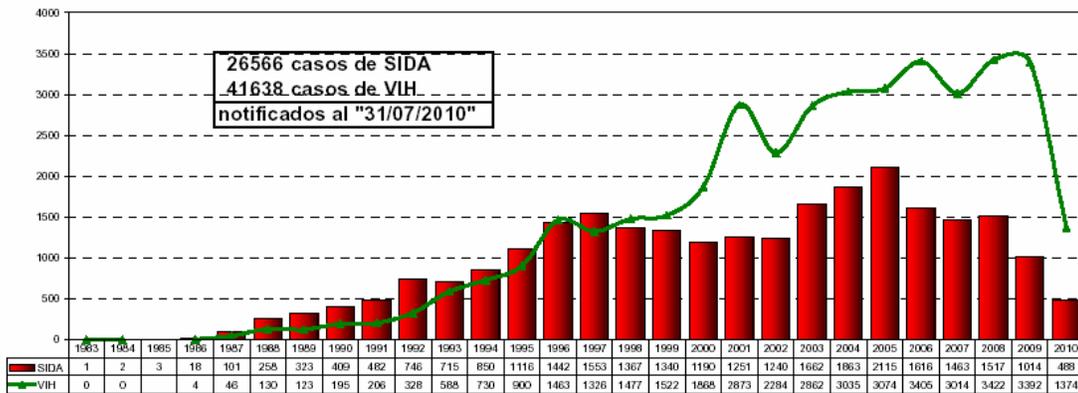
El Perú postuló a la segunda convocatoria, obteniendo la aceptación de la propuesta denominada “Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” por un monto total de 50 millones de dólares, de los cuales 23 millones corresponden al componente VIH/SIDA. También se financió componente para la atención y prevención de la tuberculosis.

En el 2004 mediante Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA, con el objetivo de diseñar y normar los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía.

Es así que a través de estos años se han ido construyendo información e indicadores sobre la incidencia de la epidemia a nivel nacional, permitiendo tener un panorama sobre la incidencia de casos en los últimos años, tal como se muestra a continuación.

Gráfico N° 6

**CASOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO
PERU, 1983-2010**



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.
Elaboración: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.

Tal como se puede apreciar, se han reportado 26566 casos de SIDA y 41638 de VIH en las unidades de salud básicas que canalizan la información al Ministerio de Salud. Adicionalmente, cabe tener presente que si bien los casos reportados de SIDA han mostrado una tendencia a disminuir desde el 2005, esto no ha sucedido así con los casos de VIH que mostraron una tendencia creciente desde la década de los 90's, hasta alcanzar un pico en el 2008, desde el cual si se muestra una tendencia a la baja.

Adicionalmente a la labor de recopilación de información, las autoridades sanitarias articuladas en la Estrategia Nacional han impulsado las tareas propias de planificación a través del Plan 2005 –2009³³. Adicionalmente, se han desarrollado una serie de normas y protocolos de obligatoria observancia en las diversas áreas de atención de la población con o en riesgo de contraer VIH/SIDA, así como materiales de difusión, entre las cuales destacan:

- Resolución Ministerial N° 306-98-SA/DM, que aprueba la “Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/SIDA”.
- Resolución Ministerial N°081-99-SA/DM, que aprueba la "Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA“.
-
- Resolución Ministerial N°731-2003-SA/MINSA aprueba “Directiva 020 que regula el sistema de atención para Tratamiento ARV en niños infectados con VIH”.
- Resolución Ministerial N°1328-2003-SA/DM, que aprueba la "NORMA TÉCNICA PARA EL SISTEMA DE ARTICULACIÓN DEL SERVICIO DE CONSEJEROS EDUCADORES DE PARES PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA“.
- Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA que establece las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, y sus respectivos órganos responsables.
- Resolución Ministerial N°1052-2004-/MINSA que aprueba la NT de manejo de ARV y reacciones adversas para el medico de atención integral para los PVVS”.

33

Disponible en http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/campanas/2006/03ESN-ITS-SIDA/Archivos/Plan_Estrategico_SIDA.doc.

- Resolución Ministerial N°218.2005/MINSA que aprueba el Reglamento de la CONAMUSA”
- Resolución Ministerial N°084-2005/MNSA, que aprueba la NT para la prevención del a Transmisión Vertical del VIH”.
- Resolución Ministerial N°311-2005/MINSA, que aprueba la NT para la implementación del TARGA en adultos infectados por el VIH”.
- Resolución Ministerial N°290-2006/MINSA “Manual de Orientación/Consejería en salud Sexual y reproductiva”.
- Resolución Ministerial N°1148-2006/MINSA que aprueba el Doc. Técnico de Consejería en TBC, co infección VIH/TBC y TB MDR”

Por referencia de los profesionales de salud visitados en los establecimientos penitenciarios estas normas, en cuanto sean pertinentes, son usadas para el trabajo con privados de libertad con VIH/SIDA.

Por otro lado, cabe destacar como ya se ha mencionado, la intervención del FondoMundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malariacomo actor fundamental para potenciar estas de articulación y la incorporación de la población de privados de libertad como población vulnerable dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional.

Esta participación se concretó en la 2ª ronda de convocatoria a través de la solicitud hecha por la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud - CONAMUSA³⁴ que diseñó el conjunto de la propuesta a financiar para los componentes: Tuberculosis y VIH y SIDA. Es en el 2003, que la CONAMUSA designaa CARE Perú como Receptor Principal de los recursos provenientes del Fondo Mundial, con lo que el 15 de noviembre de 2003 se da inicio al programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y SIDA y la tuberculosis en el Perú”. El programa cuenta con dos componentes, uno relacionado al VIH/SIDA y otro en relación a la tuberculosis. Es en este segundo componente en el que se incluyó financiamiento para desarrollar acciones en penales, específicamente en su objetivo N° 2 el mismo que se detallaba en dos fases enunciadas de la siguiente forma:

- FASE I: Disminuir la tasa de incidencia de casos positivos de Tuberculosis baciloscópica en los 9 más grandes penales del país.
- FASE II: Disminuir la tasa de incidencia de casos positivos de Tuberculosis baciloscópica en los 27 más grandes penales del país.

Cabe señalar que la incorporación del objetivo relacionado a penales se derivó de la activa participación del Instituto Nacional Penitenciario (a través del hoy Subdirector de Salud Penitenciaria, Dr. José Best) como contraparte del programa. Además, el INPE mantuvo participación permanente en la CONAMUSA.

El desarrollo de este objetivo se explicitó en diversas actividades que han dado como resultado el núcleo de cómo la estrategia se desarrolla en la actualidad³⁵. Así, permitió en un

³⁴ Organismo de coordinación constituido por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país; reconocida con el Decreto Supremo 007-2007-SA del Sector Salud.

³⁵ A este respecto, se toman datos de CARE – PERÚ, “Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú - Evaluación Final del Componente Tuberculosis del Programa de Segunda Ronda financiado por el Fondo Mundial”, 2009. Disponible en

primer momento tener un acercamiento más certero a los niveles de incidencia de tuberculosis en los 9 penales más grandes (que albergaban alrededor de las tres cuartas partes de la población penal).

También se obtuvieron resultados en lo referido a generación de normatividad, expidiéndose las “Normas y Procedimientos para la Atención de Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios a nivel Nacional”, aprobada por Resolución Presidencial del Instituto Nacional Penitenciario N° 319-2005-INPE/P del 26 de mayo de 2005³⁶. Otra actividad fue la capacitación de personal penitenciario a fin de impulsar la captación activa y precoz de casos de TB y TB MDR entre los internos, bajo criterios uniformes, a fin de brindarles el tratamiento correspondiente.

Otra actividad del proyecto fue un plan de incidencia ante autoridades del Sector Justicia y del mismo INPE a fin de comprometer a las respectivas administraciones de los establecimientos penitenciarios y las autoridades regionales y nacionales en el apoyo del diseño e implementación de políticas para atender la salud penitenciaria.

Una actividad complementaria estuvo destinada a mejorar los procesos prestacionales para el Control de Infección TB, afin de reducir la incidencia de TB en los servicios de salud a través del control administrativo (por ejemplo, separación de personas con sospecha de TB); el control del ambiente, con medidas de ingeniería (por ejemplo, ventilación natural, uso de extractores de aire, uso de luz ultravioleta o filtros HEPA); y en tercer lugar, medidas de protección respiratoria personal (uso de mascarillas).

Finalmente, se previó la inversión fundamentalmente en infraestructura para la construcción y/o acondicionamiento de centros de salud para el control de la transmisión de TB al interior de 24 Establecimientos Penitenciarios (se previeron inicialmente 27). Según la evaluación del Fondo Mundial “existen avances en algunos establecimientos para el acondicionamiento de los ambientes, pero esto aun es insuficiente, pues a pesar de haber logrado un avance del 88% de la meta planteada en cuanto al mejoramiento de los servicios de salud, existen aun establecimientos penitenciarios donde las condiciones no son las adecuadas sobre todo fuera de los servicios de salud, lugares donde la convivencia es por mayor tiempo lo que incrementa el riesgo de contagio de la enfermedad”.

Esta inversión, hay que mencionarlo, permitió mejorar los servicios de salud no sólo para la atención de tuberculosis o VIH/SIDA, sino que tuvo un efecto general de fundamental importancia.

Adicionalmente, se implementaron dentro de este componente actividades de despistaje y de Control y Tratamiento del VIH en internos; logrando sobrepasar las metas planteadas. Así, se programaron y ejecutaron más de 40 mil pruebas rápidas (previa consejería), lo que constituyó una actividad que nunca se había realizado en penales en el Perú. Así, con este proyecto fue posible detectar 179 portadores, lo que dio pistas que permitieron concluir la existencia de altas tasas de pacientes con VIH en los establecimientos penales, no diagnosticados antes de la intervención, lo que constituye sin duda un aporte importante para el manejo de ambas enfermedades.

<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/FORTALECIMIENTO2DAFASE/pdfs/logros/Evaluación%20TB%20da%20ronda.pdf>.

³⁶ En anexo 8.6

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto la Evaluación de este componente del Programa del Fondo Mundial sostiene que ésta reposa fundamentalmente *“en las autoridades del Ministerio de Justicia y en el recurso humano de salud que trabaja en los establecimientos penitenciarios”*. Sin embargo, se ve amenazada *“con cada cambio de autoridades del Ministerio de Justicia y en particular de las autoridades penitenciarias, debido a que aún persiste en el común de la población (incluyendo a los funcionarios) el estereotipo de que las personas privadas de su libertad están privadas de todo derecho, incluso aquellos vinculados a derechos fundamentales como es la salud”*³⁷. A pesar de esta debilidad se reconoce que se ha logrado incorporar en la agenda del Ministerio de Justicia y en particular de los penales el tema de salud, lo que se expresa en el Convenio Marco entre el Ministro de Salud, el INPE y el Ministerio de Justicia.

Resumiendo, el desarrollo del Proyecto del Fondo Mundial ha permitido la mejora sustancial de servicios en diversos penales, siendo aprovechada la intervención no sólo para responder a la presencia del VIH/SIDA y a la tuberculosis, sino para potenciar los servicios en general necesitados de urgentes mejoras, sobre todo en cuanto a infraestructura y equipamiento. En el siguiente subcapítulo se detallarán los alcances de esta intervención en 4 establecimientos penitenciarios del país.

3.3. Gestión de la Administración Penitenciaria

En el presente subcapítulo se describirán los principales contenidos de las líneas de gestión penitenciaria en materia de salud.

En este sentido, un primer aspecto que resaltar es la permanente intención de la gestión penitenciaria (el INPE, a través de su Subdirección de Salud Penitenciaria) de insertar las respuestas de salud en penales a las políticas nacionales en materia de prevención y control del VIH/SIDA, en los lineamientos trazados por la Estrategia Nacional coordinada por el Ministerio de Salud.

Este trabajo, además, se ha expresado en la continua búsqueda de la autoridad en salud penitenciaria a fin de que se considere a la población privada de libertad como población vulnerable a ser atendida prioritariamente por las respuestas nacionales que se implementan regularmente.

Esto se ha expresado en la participación en diversos espacios a fin de hacer presente al INPE como parte del Sistema Nacional de Salud.

Es a través del Convenio Marco N° 046-2008/MINSA³⁸ suscrito por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y el Instituto Nacional Penitenciario que se formalizan compromisos institucionales destinados a este objetivo. Así, en su cláusula segunda se establece como uno de sus objetivos *“[p]romover acciones dirigidas a incorporar a la población privada de libertad en todo el país a los diferentes niveles e atención, las intervenciones de atención*

³⁷ En entrevista sostenida con la Dra. Virginia Baffigo, Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial de CARE, se confirmó esta perspectiva pues cada cambio de autoridades en el INPE suele traer desajustes para el trabajo de cualquier iniciativa destinada a mejorar la salud en penales. En este sentido, destacó que durante el gobierno 2001-2006, se haya tenido estabilidad en la gestión de la Presidencia del INPE a cargo del Dr. Wilfredo Pedraza Sierra, puesto fue fundamental para el desarrollo de las actividades principales del Programa del Fondo Mundial.

³⁸ Se adjunta copia en Anexo 8.8

integral de salud y prevención de la enfermedad, los componentes de estilos de vida saludables, así como educación para la salud, considerando las características particulares de la mencionada población”. Para ello, el convenio busca “[d]esarrollar en los establecimientos penitenciarios del país, los programas y/o las estrategias sanitarias nacionales del [Ministerio de Salud], considerando para ellos las características epidemiológicas de la [población penitenciaria]”. En este marco, mediante la cláusula tercera, el INPE se compromete a adecuar su estructura de atención de salud al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y el Ministerio de Salud a promover el acceso a la atención de salud de la población privada de libertad, entre otros aspectos.

A través del presente diagnóstico se busca un acercamiento al estado en que se encuentran estos compromisos. Así, se mostrarán los resultados de las visitas realizadas a cuatro establecimientos penitenciarios, realizadas a fin de constatar los alcances de los servicios de salud a favor de los privados de libertad con VIH/SIDA y las actividades preventivas para el conjunto de la población penal. En ese sentido, se iniciará con la descripción de la instancia que coordina la acción a nivel nacional. Por otro lado, cabe precisar que los cuatro establecimientos fueron escogidos por representar diversas realidades de aplicación de las políticas contra el VIH/SIDA en cárceles. Además, se consideró la variable de género.

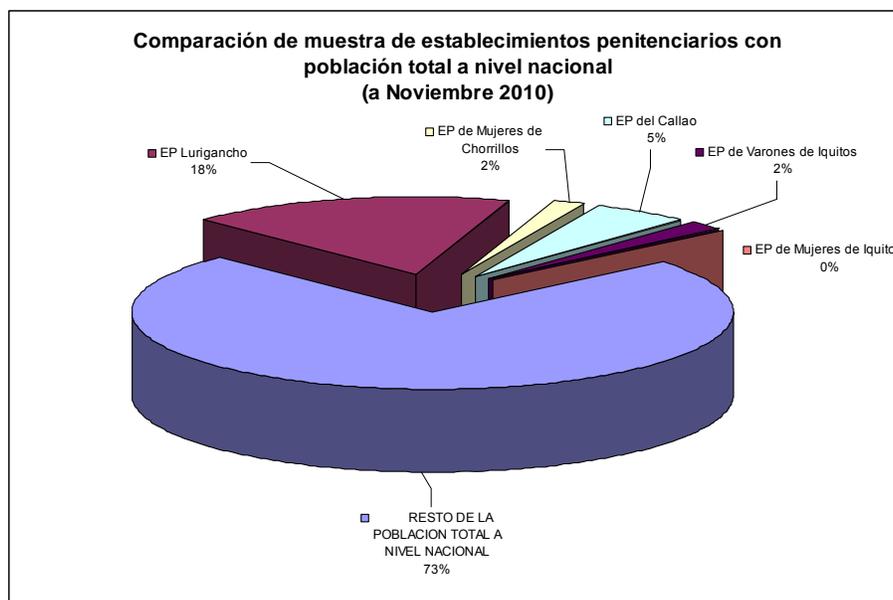
De esta forma, se escogió el Penal de Lurigancho en la medida que es el establecimiento más representativo del país y el de mayor población penal. Además, porque en él se iniciaron las estrategias para abordar la epidemia y ha sido en el que de forma más amplia se han transformado los servicios de salud gracias a la inversión de los programas del Fondo Mundial. Adicionalmente, según referencia del Subdirector de Salud Penitenciaria, por el hecho de que Lurigancho se implementa el modelo de intervención de forma plena y tal como debería ser reproducido en el conjunto del sistema penitenciario.

Por otro lado, se escogió el penal de mujeres de Chorrillos por el criterio de género. El penal del Callao (en el área de Lima), adicionalmente, brindaba un particular acercamiento a servicios afectados por la sobrepoblación existente.

Finalmente, se visitó la ciudad amazónica de Iquitos (al oriente del país) a fin de tener una visión distinta a la de los penales cercanos al área metropolitana de Lima.

Esta muestra escogida se considera representativa en razón a que cubre los servicios de salud que se prestan a más de la cuarta parte de la población penal total nacional, tal como se muestra en el siguiente gráfico en función a datos estadísticos oficiales a noviembre de 2010.

Gráfico N° 7



Fuente: INPE
Elaboración: propia

Efectivamente, sobre 46176 internos a nivel nacional -según las referidas estadísticas- la muestra utilizada para el presente diagnóstico representa el 27% del total nacional, correspondiente a 12210 personas.

3.3.1. La Sub-Dirección de Salud Penitenciaria

Según el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional Penitenciario, la Subdirección de Salud Penitenciaria, dependiente de la Dirección de Tratamiento, “se encarga de articular y conducir las actividades y procesos del sistema de salud en la Institución, para el mejor funcionamiento en los servicios asistenciales de salud de los establecimientos penitenciarios, en concordancia con la política del Sistema Nacional de Salud y el marco normativo internacional” (artículo 50°).

En la actualidad, la subdirección está integrada por 5 personas, básicamente profesionales de salud y administrativos que coordinan a nivel nacional las necesidades de los servicios de salud con las Oficinas Regionales y con los Establecimientos Penitenciarios. Parte importante de sus labores es la recopilación de información para el seguimiento de las políticas implementadas a nivel de las oficinas regionales del INPE y, a través de ellas, de los establecimientos penitenciarios. Asimismo, es la instancia encargada dentro del INPE de hacer las coordinaciones con las instituciones del Sistema de Salud y la cooperación internacional en esta materia.

Sin embargo, según se pudo saber, existen dificultades para orientar esta labor por el escaso personal en la subdirección. Esta dificultad, subsanable con visitas de inspección al interior del país, es salvada gracias a la colaboración de la Delegación del Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR.

Por otro lado, en relación a su ubicación dentro del diseño organizacional del INPE, tal como se ha señalado, la Subdirección de Salud Penitenciaria depende de la Dirección de Tratamiento. Existen sugerencias desde las instancias distintas al INPE a que se ha tenido

acceso de que, por su particular objetivo, función y magnitud, a la subdirección debe corresponderle una ubicación distinta en el organigrama institucional propia de una dirección. Esto otorgaría a las tareas de diseño y ejecución de políticas de salud penitenciaria mayor autonomía y visibilidad.

Concordamos con esta apreciación, además de la razón expuesta, en la medida que la salud no constituye propiamente un aspecto ligado al tratamiento penitenciario, cuyo objetivo es “la reeducación, rehabilitación y reincorporación del interno a la sociedad” (art. 60° del Código de Ejecución Penal) a través de “la utilización de métodos médicos, biológicos, psicológicos, psiquiátricos, pedagógicos, sociales, laborales (...) de acuerdo a las características propias del interno” (art. 61° del CEP). La salud constituye un derecho propio de la persona humana, más allá de su situación de privado de libertad y por lo tanto no debe limitarse al objetivo del tratamiento y como tal lo consagran los instrumentos internacionales ya reseñados.

Por otro lado, se requiere de una capacidad de interlocución de la autoridad pertinente encargada de la salud penitenciaria, tanto a nivel intra como extra institucional. Esto permitiría una mayor sostenibilidad en las acciones a implementarse. Aspectos como el manejo de recursos humanos o del presupuesto (sea el asignado o el que se vaya a gestionar) no se invisibilizarían en el conjunto de tareas de tratamiento, sino que tendría una gestión propia y autónoma.

La actual subdirección de salud penitenciaria manifiesta la necesidad de dar una respuesta que considere los niveles de aumento de población penal que se están dando. Si bien se es conciente de que esto se debe a factores no necesariamente “intra-penitenciarios” (tales como pobreza, desempleo, inseguridad social, etc.) los problemas recaen en las cárceles y amerita de una acción institucional para dar una respuesta sólida, estratégica de largo plazo y que tienda a trascender las gestiones presidenciales que suelen cambiar mucho en el INPE³⁹.

Finalmente, cabe resaltar la actual gestión de la subdirección de salud penitenciaria a cargo del Dr. José Best Guerrero, pues ha participado activamente desde su gestación en el diseño de las actuales estrategias en aplicación para abordar el VIH/SIDA en prisiones. Esta experiencia cuenta con reconocimiento interinstitucional y constituye un referente sobre el tema a nivel nacional e internacional.

3.3.2. Establecimientos penitenciarios

En el presente acápite se detallarán los alcances de las visitas realizadas a los diversos establecimientos penitenciarios, describiendo principalmente los servicios que se prestan y el estado en que se encuentran.

3.3.2.1. EP Lurigancho

Datos Generales	
Ubicación	Av. El Sol s/n, Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima
Día de la visita	19 de noviembre de 2010
Población el día de la visita	8064 internos

³⁹ Como referencia, en la gestión gubernamental 2001-2006 se sucedieron tres gestiones en Presidencia del INPE. En lo que va del presente gobierno (2006-2011), ya se ha contado con 8 presidentes de la institución.

Director	Coronel PNP Fernando Delboy González
Jefe del Servicio de Salud Penitenciaria	Dr. Carlos La Serna
Responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA	Lic. Selene Martínez

Como ya se ha mencionado, Lurigancho constituye el penal más emblemático del país, por el conjunto de problemas que presenta (sobrepoblación, hacinamiento, violencia, etc.). En este sentido, el día que se realizó la visita se contaba con 8064 internos.

Al respecto, en entrevista sostenida con el Director del establecimiento manifestó que ha logrado reestablecer el principio de autoridad al interior del mismo, con pleno respecto de los derechos humanos y diálogo con los internos, comprometiendo la colaboración de la Policía Nacional⁴⁰ en las tareas de tratamiento. Reconoció como principales problemas la sobrepoblación y saneamiento, pues Lurigancho fue construido para 1500 internos y hoy alberga más de 8 mil, lo que genera que se utilicen espacios no necesariamente previstos para albergar. Asimismo, manifestó la importancia del trabajo con el interno y resaltó el trabajo en el área de salud, aún cuando manifestó los traslados externos pues llevan a que se asigne resguardo (2 efectivos) a los internos que son hospitalizados fuera del penal. Sobre las visitas, informó que se realizan los días miércoles y sábado, para mujeres; y domingo para varones. Dado el volumen de población penal, calculó que entre 4 o 5 mil personas ingresan al penal en estos días, casi duplicándose una vez al mes cuando se permiten el ingreso de niños. Finalmente, solicitó apoyo a su gestión sobre todo en materia jurídica, coordinando con las autoridades judiciales para facilitar las libertades o la celeridad en los procesos. Asimismo, pidió el apoyo de los medios de comunicación. Finalmente, agradeció el apoyo del Fondo Mundial, Médicos Sin Fronteras y la Cruz Roja Internacional por el apoyo que realiza a los casos de los internos con VIH/SIDA.

⁴⁰ A pesar de ser el INPE el ente rector del Sistema Penitenciario Nacional, en algunos penales de especial complejidad y volumen, asumen las direcciones oficiales de la Policía Nacional del Perú. En ellos, a la par de desempeñar tareas administrativas de dirección, la PNP tiene a su cargo la seguridad externa e interna. El número de penales bajo la dirección de la Policía ha disminuido sustancialmente en los últimos años.



Entrevista con el Coronel PNP Fernando Delboy Gonzalez, Director del EP Lurigancho
(Foto: Archivo personal)

Adicionalmente, es en este penal en la década de los 80's donde se inició el trabajo de atención a internos con VIH/SIDA. En la actualidad cuenta con una clínica construida con los recursos del Programa del Fondo Mundial, equipada. Esta cuenta, en una estructura de dos pisos, con ambientes de tóxico para atención ambulatoria y emergencia, consultorios odontológicos, ambiente de farmacia, ambiente de historias clínicas, ambientes para nutricionistas, laboratorios, área de esterilización y ambientes de hospitalización con capacidad para 35 personas; parte de los cuales se muestra a continuación. La comparación que se presenta muestra las diferencias entre el estado de los antiguos servicios y locales, y los que se han implementado desde el 2006.

COMPARACIÓN DE AMBIENTES – CLÍNICA ANTIGUA Y CLÍNICA NUEVA

Antes



Frontis

Ahora



Frontis

COMPARACIÓN DE AMBIENTES – CLÍNICA ANTIGUA Y CLÍNICA NUEVA

Antes



Pasillo

Ahora



Pasillo



Área de hospitalización



Área de hospitalización



Tópico



Tópico

COMPARACIÓN DE AMBIENTES – CLÍNICA ANTIGUA Y CLÍNICA NUEVA

Antes



Laboratorio

Ahora



Laboratorio



Consultorio Odontológico



Consultorio Odontológico



Archivo de Historias Clínicas



Archivo de Historias Clínicas (con interno colaborador)

COMPARACIÓN DE AMBIENTES – CLÍNICA ANTIGUA Y CLÍNICA NUEVA

Antes

Ahora



Sala de Espera (Clínica nueva)

(Fotos: Subdirección de Salud del EPL / Archivo personal)

Adicionalmente a la construcción hecha con recursos del Fondo Mundial, también se cuenta con la antigua clínica que fue remodelada y equipada en el 2002 gracias a la cooperación de Médicos Sin Fronteras – Bélgica para el uso del Programa de Control de Enfermedades de Trasmisión Sexual y SIDA – PROCETSS.

Todos estos servicios cuentan con personal de salud para la atención de los internos, en cantidades y especialidades especificadas en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 2

Detalle de personal de salud que presta servicios en el EP Lurigancho

CARGO	Nº
Médicos (Medicina. General)	8
Otorrino	1
Psiquiatra	1
Enfermeros	3
Biólogos	2
Obstetras	2
Odontólogos	3
Técnico Radiólogo	1
Nutricionista	1
Técnicos de Farmacia	2
Técnicos de Enfermería	19

Técnicos de Laboratorio	2
Secretaria	1
TOTAL	46

Fuente: INPE

Según las referencias dadas por el Dr. Carlos La Serna, Director del Servicio de Salud del EP Lurigancho, los servicios que se prestan constituyen una respuesta importante a las necesidades de la población penal. Se ha logrado establecer una dinámica propia de un servicio de salud estándar, muy diferente a la anterior clínica del penal (que funcionaba antes de la construcción de las nuevas instalaciones en el 2006) que estaba sumamente deteriorado y prácticamente inservible. Los servicios cuentan con una provisión regular de medicinas y un archivo de historias clínicas que permite hacer seguimiento a los pacientes. Sin embargo, también se presentan algunas carencias, tales como la falta de un profesional en infectología y otro en psiquiatría.

Un factor que es resaltado por el personal de salud que se entrevistó es la activa participación de internos colaboradores en las diversas áreas de la clínica, los cuales apoyan el trabajo que el personal penitenciario realiza. Así, por ejemplo, el técnico del área de esterilizaciones tenía el apoyo de dos internos que organizaban el material quirúrgico para los consultorios de atención odontológica. Dichos internos, según lo referido, se encuentran adecuadamente capacitados y adiestrados para realizar el apoyo. Asimismo, el área de archivo, es atendida también por dos internos. Otros prestan labores de ordenamiento del flujo de pacientes atendido regularmente y, previsiblemente, también realizan tareas de vigilancia ante cualquier problema de seguridad que se pueda presentar.

Este apoyo no significa tan solo un voluntariado de parte de los internos colaboradores sino que, ciertamente, constituye un aporte esencial a la mejor cobertura de los servicios. De esta manera, según refiere el personal penitenciario, es de suma importancia para el proceso de rehabilitación de los internos participar como colaboradores de la clínica a la vez de constituir una labor efectiva para cubrir las necesidades del servicio.

Esta perspectiva de trabajo con los internos se refleja también en la red de promotores de salud que se ha organizado en Lurigancho. Este colectivo es capacitado por el personal de salud y su principal tarea es servir de intermediarios entre la población penal y el servicio de salud. Teniendo en cuenta las dimensiones del penal, los promotores de salud se distribuyen por toda su extensión a fin de identificar casos a ser atendidos, gestionan consultas, realizan tareas preventivas. Su participación se expresa sobre todo en el desarrollo de labores de prevención dirigidas a abordar las principales endemias cuya respuesta se da a través de las estrategias nacionales diseñadas por las autoridades sanitarias nacionales: las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA y la tuberculosis.



Internos Promotores de Salud – TBC en Área de Tratamiento Directamente Observado (TDO)



Internos Promotores de Salud – ITS y VIH/SIDA con afiche para uso en campañas de prevención

(Fotos: Archivo personal)

Los internos Promotores de Salud (en un número de 30) dedicados a la prevención y atención de la tuberculosis han recibido capacitación para identificar los posibles casos de esta infección. Apoyan en el Área de Tratamiento Directamente Observado (TDO) convocando a los internos de los diversos pabellones a fin de que reciban sus medicamentos. Asimismo, realizan charlas de prevención y recogen muestras de esputo a fin de que sean analizadas en el laboratorio de la clínica del penal. Algunos de ellos manifiestan que realizan esta labor “por agradecimiento” pues sufrieron la enfermedad y desean responder con trabajo la ayuda recibida.

Los promotores de salud en ITS y VIH/SIDA (17 internos), que no son necesariamente PVVS, realizan una tarea similar articulando su trabajo con la estrategia contra el VIH/SIDA la misma que - como ya se ha mencionado – articuladas las acciones con las directivas de la Estrategia Nacional diseñada y monitoreada desde el Ministerio de Salud. La responsable de la estrategia contra el VIH/SIDA en el Penal de Lurigancho, licenciada obstetra Selene Martínez, explicó que esta tarea se ha dividido en dos áreas: una de carácter preventivo-promocional y otra propiamente asistencial. Expresó que se ha identificado a población especialmente vulnerable dentro de la población penal: población homosexual (agrupada en la Comunidad “Virgen de la Puerta”), personas viviendo con VIH (PVV), personas con tuberculosis, personas con ITS, la población primaria (“primerizos”) y trabajadoras sexuales.

En ese sentido, una de sus principales labores es la de prevención sobre todo dirigida a las personas que ingresan todos los días al establecimiento penitenciario (dirigida sobre todos a los llamados “primerizos”, es decir aquellos que por primera vez ingresan al penal). Esta actividad se realiza todos los días muy temprano que es cuando se recibe al grupo de personas que ingresan al penal, incluso antes de que estos sean clasificados a los distintos pabellones. Esto permite una gran cobertura de más del 90%, pues en la práctica se utiliza el momento dedicado a la realización del examen médico al cual todo interno debe someterse, para realizar una charla preventiva (a cargo de personal sanitario del INPE y de internos promotores de salud) acerca de infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la tuberculosis. En este sentido, se da la oportunidad para contar con una asesoría personal para ofrecer la oportunidad de tomarse una

prueba de sangre. Según lo que refieren el personal de salud entrevistado (INPE y promotores) casi la totalidad de internos acceden a realizarse la prueba rápida, cuyos resultados se informan inmediatamente. De resultar positiva al reactivo, se explica a la persona involucrada y se remite una segunda muestra al Instituto Nacional de Salud (fuera del penal) a fin de ver si el resultado se confirma o se descarta. Este resultado demora aproximadamente un mes en recibirse. En todo momento, se presta consejería al interno para explicarle las consecuencias de estas pruebas y ofrecerles la correspondiente ayuda.

Finalmente, a todos los internos que participan en esta reunión de “primerizos” se les entrega un sobre con una serie de material informativo que contiene los siguientes impresos⁴¹:

- i) Folleto “Ahora, ésta es la Firme. Porque me quiero,... ¡me cuido! – Guía para los que vienen por primera vez” (20 páginas).- Dirigido a los internos que vienen por primera vez al penal, se le dan consejos para sobrellevar la carcelería (“pasar bien la cana”) y dando un panorama general sobre las principales cuadros de salud, especialmente tuberculosis e ITS y VIH/SIDA. Se dan alcances para la convivencia y evitar la depresión, así como referencias sobre a quienes acudir para solicitar ayuda.
- ii) Folleto “Informémonos sobre el estigma y la discriminación del VIH y SIDA en los penales... y juntos los combatiremos!” (16 páginas).- Dirigido a internos, destinado desmitificar algunos prejuicios y, en consecuencia, buscando evitar la estigmatización y discriminación de quienes viven con el VIH/SIDA.
- iii) Folleto “Todo lo que necesitas saber sobre TBC o Tuberculosis. Aprendamos juntos a prevenirla y controlarla” (24 páginas).- Dirigido a internos, con información sobre la tuberculosis, cómo se contagia, información sobre el tratamiento y consejos para evitar las recaídas.
- iv) Folleto “La firme sobre las ITS – Infecciones de Transmisión Sexual” (desplegable).- Dirigido a internos, con información detallada y gráfica sobre las ITS y su tratamiento.
- v) Folleto “El SIDA a todo color. Todas las preguntas. Todas las respuestas” (16 páginas).- Dirigida al público en general, con información sobre el SIDA, sus formas de transmisión y de no transmisión, y las formas sobre cómo protegerse.
- vi) Folleto “ITS-SIDA. ¡Cuándo amarnos es cuidarnos!. Lo que debemos saber para prevenir las ITS y el VIH/SIDA”(20 páginas).- Dirigida al público en general, con información sobre el sexo y la sexualidad, las prácticas sexuales seguros y las conductas sexuales de riesgo, información sobre las diversas ITS y el VIH SIDA y las formas de prevenirlas.
- vii) 3 condones.
- viii) 1 sobre con lubricante personal de glicerina (1% gel)

⁴¹ La versión digital de los impresos está en el Anexo 8.9.



Material impreso que se reparte a todos los internos cuando ingresan al establecimiento penitenciario⁴²
(Foto: Archivo personal)

Respecto a este material cabe destacar especialmente los folletos dirigidos a la población penal (i a iv) pues transmiten contenidos muy importantes en un lenguaje coloquial muy cercano al lenguaje carcelario (“jerga canera”) y por lo tanto entendible a los destinatarios. Asimismo, sobre todo en los dos primeros folletos detallados, destacan las imágenes pues recogen adecuadamente el ambiente carcelario siendo sus dibujos muy cercanos a la realidad.

Una segunda línea de trabajo dedicada a la prevención, es la realización de campañas de prevención en los pabellones del centro penitenciario a razón de un pabellón por semana, todos los martes⁴³ con el objetivo de promover los cambios de comportamiento en cuanto a conductas sexuales de riesgo. Estas campañas se realizan en coordinación con los delegados de cada pabellón y se hace un rol que se sigue regularmente. En las campañas que se realizan en los patios de los pabellones se dan charlas, se visualizan videos y se presentan actos teatrales para motivar la reflexión (títeres, bailes, teatro, etc.). Los promotores de salud son los responsables de diseñar los contenidos, recrearlos y reinventarlos a fin de provocar la mayor identificación con los internos. Adicionalmente a la actividad, personal de salud del INPE reparte preservativos y/o lubricantes, folletería y dan consejería. Incluso se toman muestras para aquellos internos que deseen hacerse la prueba de descartar voluntariamente. Las siguientes fotografías dan muestra de la dinámica que se presenta en las diversas campañas realizadas en pabellones.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN PABELLONES DEL EP LURIGANCHO

⁴² Puede apreciarse la versión digital de los impresos en el Anexo 8.9.

⁴³ Lurigancho tiene, según su registro penitenciario, 22 pabellones. Sin embargo, algunos de estos son realmente ambientes que constituyen una unidad administrativa al cual pueden ser asignados los internos (por ejemplo, la cocina, el colegio, la capellanía o el área de talleres).

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN PABELLONES DEL EP LURIGANCHO



Afiche de convocatoria en patio de un pabellón



Pancarta de campaña y rotafolio



Panorama de actividad en una campaña dentro del patio de un pabellón



Consejería a internos por parte de personal de salud del INPE



Reparto de folletos con información preventiva



Toma de muestras de sangre

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN PABELLONES DEL EP LURIGANCHO



Difusión de videos con información preventiva



Internos con condones y lubricantes repartidos durante la campaña



Actividad artística - Baile



Actividad artística - Teatro



Participación de internos en convocatoria



Participación de internos en convocatoria

(Fotos: Subdirección de Salud del EPL)

Adicionalmente, está disponible todos los días la consejería para cualquier interno que desee hacerse la prueba o tenga interés en hacer alguna consulta respecto a la posibilidad de que haya contraído el VIH/SIDA.

En cuanto al trabajo que se realiza con aquellos internos que portan el VIH, la estrategia se plantea una atención integral, consistente en un control médico mensual como mínimo (para hacerle un seguimiento al paciente, detectar infecciones), se le realiza su control de CD4 (que se envían al Instituto Nacional de Salud - INS, una vez al mes) y de carga viral. Además, para los casos que lo

ameritan se les proporciona TARGA. También se le brinda apoyo psicológico. El trabajo de asistencia social se ha visto disminuido dado que la profesional encargada ha tenido que asumir otras labores, por lo que su labor con internos con VIH/SIDA. Sus tareas son principalmente ver las necesidades de tipo social que tengan los pacientes, atendiendo también a sus familias, sobre todo en la comunicación a ellos de los diagnósticos positivos de sus familiares internos, buscar el apoyo correspondiente y coordinar con las parejas.

Como ya se ha mencionado, el conjunto de la estrategia se coordina con delegados de salud de los pabellones y con los promotores de salud.

Sobre el tema de discriminación los funcionarios de salud dieron cuenta de que estos casos se presentan, llegando en algunas oportunidades a derivar en expulsión de internos con VIH de los pabellones. Sin embargo, se considera que esta práctica ha bajado. Otro aspecto a resaltar es que, tal como lo prescribe la ley contra el SIDA, se mantiene la confidencialidad en cuanto a los casos identificados, reportándose al Director información numérica más no sobre la identidad.

Al momento de realizar la visita se comunicó que existían 154 pacientes, de los cuales 78 reciben TARGA (retrovirales). Se comunicó que a 21 pacientes priorizados (por carga baja de hemoglobina, entre otros factores) se les proporciona alimentación complementaria a la que reciben regularmente del penal (“paila”), tanto en el almuerzo como en el desayuno. Esta alimentación es proporcionada por la Capellanía del penal (Iglesia Católica) la cual provee y administra los alimentos y su preparación.

Para complementar esta información se tuvo oportunidad de tener una entrevista conjunta con 7 PVV, de diversa procedencia en cuanto a pabellones del penal. De ellos, dos expresaron su opción sexual de homosexuales. En ese sentido, todos ellos manifestaron haber tenido conductas de riesgo, sabiendo uno de ellos que tenía VIH antes de ingresar al penal. Relataron que mientras permanecían en la “lata” (nombre que dan los internos al ambiente donde se les ubica previo a la clasificación) recibieron una charla por parte de los profesionales sobre qué es el SIDA. Algunos de ellos compartieron su reacción al saber su condición de seropositivos (*“Yo no sabía nada del VIH/SIDA, lo único que sabía era que el SIDA es muerte, me puse a llorar... Yo le pregunté al doctor, el doctor me dijo ‘todo depende de tu calidad de vida’ y me explicó que esto se puede controlar...”*). En ese sentido, manifiestan que ahora saben como hacerle un seguimiento a su condición pues cada mes se les practica un examen de nivel de hemoglobina (del cual tienen conocimiento de su fluctuación en los diversos meses) y el CD4. Además, recurren regularmente al local de la Estrategia (*“venimos una vez al mes, acá nos controlan”*) donde reciben el tratamiento con retrovirales (TARGA), cuyas dosis y modalidad puede variar según cada paciente. Se les entregan los medicamentos y es responsabilidad de cada uno tomar las medicinas (relataron el caso de una persona que murió y se encontraron en su celda las pastillas que nunca consumió). Se aprecia en todos ellos un conocimiento claro de los alcances del virus y de las particularidades y terminologías del tratamiento. Manifiestan que eso se debe a la información permanente que reciben y al tratamiento psicológico. Coinciden todos en ser muy reservados en cuanto a su diagnóstico, generando algunas estrategias para justificar sus visitas al centro de

salud (“cuando me preguntan yo digo que sufro de anemia o de presión baja, o que me controlo el asma, tengo mi inhalador”). En ese sentido se han presentado prácticas de discriminación, las mismas que empiezan con rumores o chismes (“te miran feo, hablan a tus espaldas”) que, por cuidado, se tienen que negar u ocultar. Manifiestan que esto parte del desconocimiento del VIH (“en un pabellón la mayoría no sabe lo que es el VIH”). Relatan también como comunicaron a sus familias acerca del diagnóstico, generando reacciones de diverso tipo (en un caso, la reacción fue negativa porque se asoció el virus a la condición de homosexual del portador). Reconocen la importancia de las campañas que se realizan en los pabellones, pero reconocen que al final queda en cada quien tomar la decisión de cuidarse o hacerse la prueba para saber si tiene VIH o no. En cuanto a la vida al interior del penal, reconocen que hay muchas probabilidades de contagio, sobre todo por la vía sexual, pues se da el caso de personas con mucho sexo ocasional con diversos internos. Además, las oportunidades de las fiestas y la ingesta de alcohol son un factor que deriva en muchas de estas conductas. En ese sentido, niegan la existencia de prácticas de violaciones, pues la “oferta sexual” es amplia, sobre todo en consumidores de droga que se prostituyen a cambio de recibir drogas. Otro medio de contagio es compartir la afeitadora (“me dicen préstame tu ‘gillette’, o a veces lo cogen del suelo”), también a través de los tatuajes. Manifiestan que antes había indultos humanitarios para personas con SIDA, pero estos ya no se dan. En el caso de la posibilidad de una libertad próxima y cómo afrontaría en adelante su tratamiento, un interno manifestó que ya lo había conversado con la asistente social y que de la clínica del penal lo iban a derivar al hospital más cercano a su domicilio a fin de que continúe con su tratamiento retroviral. Evalúan positivamente el servicio de salud, sobre todo en comparación a como estaba hace varios años (“hay más preocupación, hay más interés, te buscan”), pero reconocen que cada quien debe ser el responsable de su propio tratamiento. Reconocen que dentro del penal hay consumo de alcohol y drogas de diverso tipo (cocaína, marihuana, crack y otras, al respecto menciona un interno “aquí lo que hay que preguntar es qué no hay”). En ese sentido, refieren que la combinación entre VIH y drogas o alcohol es “la forma más fácil de morir”. Las condiciones de salud y limpieza son distintas según los pabellones, pues algunos cuidan sus instalaciones mientras que otros no. Respecto a la alimentación se da una situación similar⁴⁴, en algunos pabellones esta es suficiente en otros no (por problemas de organización interna).

Como parte del trabajo de levantamiento de información, también se tuvo oportunidad de entrevistar a dos internos homosexuales que participan en la Comunidad “Virgen de la Puerta”. Este es un grupo de internos que reconocen su opción sexual (los “deschavados”) y asumen la misma plenamente. Pertenecen a diversos pabellones. No constituye un grupo de soporte de portadores de VIH, sino que se organizan por su condición de gays y realizan actividades alrededor de diversas áreas. Una primera de ellas es la de prevención del VIH/SIDA e ITS, son parte de la estrategia sanitaria coordinada por el área de salud del penal, participando activamente en las campañas. Por otro lado, coordinan con el área de salud en la organización de talleres para sus integrantes, principalmente en

⁴⁴Dado el volumen de la población penal, los alimentos en Lurigancho son preparados y distribuidos por los propios internos, según cada pabellón. Corresponde a la autoridad penitenciaria la compra de los mismos a proveedores externos, y la evaluación y control nutricional para realizar la programación semanal (en coordinación con los internos delegados de alimentación).

temas de autoestima, pues son población vulnerable sujeta abusos o explotación por parte de otros internos. Asimismo, han iniciado coordinaciones para capacitarse y promover actividades laborales que les permitan contar con ingresos en tareas de cosmetología, peluquería, repostería y cocina, entre otros aspectos).

Posteriormente, se visitaron los ambientes de la cocina del pabellón de psiquiatría donde se prepara la alimentación complementaria a los internos con VIH/SIDA y Tuberculosis que la necesitan como refuerzo. Esta cocina es administrada por la Capellanía del Penal. Finalmente, se visitaron las instalaciones de la Capellanía, al interior del penal donde se constataron diversidad de servicios a la población penal (biblioteca, talleres de autoayuda, programa de rehabilitación al consumo de drogas, asesoría legal, apoyo espiritual y liturgias). En ese sentido, se entrevistó a dos laicas voluntarias que realizan labores en el servicio de salud (Sra. Elizabeth Díaz y Srta. María Barrenechea), el cual realiza atenciones a internos, en forma complementaria y coordinada con la Clínica del Penal. Asimismo, gestionan donaciones de medicinas especializadas.



Voluntarias del Servicio de Salud de la Capellanía del EP Lurigancho (Iglesia Católica)
(Foto: Archivo personal)

3.3.2.2. EP de Mujeres de Chorrillos

<u>Datos Generales</u>	
Ubicación	Av. Defensores del Morro N° 1046, Distrito de Chorrillos, Lima
Día de la visita	12 de noviembre de 2010
Población el día de la visita	839 internas, 45 niños (hijos de internas)
Director	Licenciada Rosa Carazas Charún

Jefa del Servicio de Salud Penitenciaria y Responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA	Dra. Raquel PinoRomaní
---	------------------------

El Penal de Mujeres de Chorrillos es el penal femenino de mayor población en el país. Su construcción data de mediados del siglo pasado con una capacidad de albergue de 450 internas. Sin embargo, ha sido objeto de remodelaciones en diversas áreas. Comparte con el resto de penales a nivel de Lima, como una sus principales problemáticas, la sobrepoblación y hacinamiento. Sin embargo, esta se ha visto disminuida en los últimos meses a raíz del traslado de internas al penal Anexo Chorrillos (ex-Máxima Seguridad) y al de Tarapacá, este último de reciente inauguración.

En entrevista sostenida con la Directora del establecimiento dio cuenta de la sobrepoblación existente, pues actualmente se duplica la capacidad de albergue. Esto deriva en problemas de convivencia, lo cual es sobrellevado – según se nos manifiesta - por el personal penitenciario. Refiere que adicionalmente tiene una población de 45 niños hijos de internas⁴⁵ y un ambiente de guardería para su atención con personal especializado. Dio cuenta también de las diversas actividades productivas que realizan las internas (artesanía, zapatería, juguetería, lavandería, etc.). Manifestó la política de su gestión de resguardara los derechos de las internas. Sin embargo, se hizo referencia a los problemas en cuanto a los procesos judiciales. Manifestó su política de apertura al apoyo de otras instituciones públicas, y privadas (iglesias, ONG's).



Lic. Rosa Carazas Charún, Directora del EP de Mujeres de Chorrillos
(Foto: Archivo personal)

Al igual que otros penales del país, el penal de mujeres de Chorrillos cuenta con una clínica construida y equipada con los recursos del Programa del Fondo Mundial, equipada (inaugurada el año 2007), según refirió la Dra. Raquel Pino, Responsable del Área de Salud Penitenciaria. Esta clínica cuenta, en una estructura de amplia ventilación, con ambientes de tópicos para atención

⁴⁵ Según el artículo 12 del Reglamento del Código de Ejecución Penal “[l]as mujeres privadas de libertad tienen derecho a permanecer en el Establecimiento Penitenciario con sus hijos hasta que éstos cumplan tres años de edad”.

ambulatoria y emergencia, consultorio odontológico, consultorio de medicina general, ambiente para tratamiento directamente observado de psiquiatría, ambiente para gineco-obstetricia, y demás ambientes administrativos, para staff médico y de enfermería, hospitalización en 4 corredores, ambiente de farmacia, ambiente de historias clínicas, laboratorios, algunos de los cuales se muestran a continuación.

AMBIENTES DE CLÍNICA DEL EP DE MUJERES DE CHORRILLOS



Ingreso a la clínica



Consultorio Odontológico



Área de Historias Clínicas



Tópico



Área de hospitalización (para pacientes de tuberculosis)

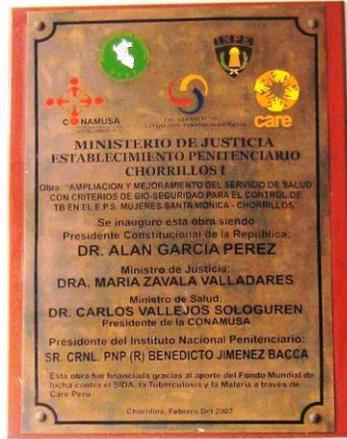


Afiche informativo

AMBIENTES DE CLÍNICA DEL EP DE MUJERES DE CHORRILLOS



Pasillo de área de hospitalización (con malla superior para mantener ventilación)



Placa de inauguración Clínica EP Chorrillos



Habitación en Área de hospitalización e aislamiento



Afiche con información sobre retrovirales



Laboratorio



Equipo de Rayos X

(Fotos: Archivo personal)

En cuanto a recursos humanos se mencionó que se cuenta con 19 personas entre médicos, odontólogo, obstetra, ginecólogo, personal técnico de enfermería y nutricionista. Se presta servicio de 24 horas por si hay necesidad de casos de emergencia. En algunas ocasiones especiales, por otro lado, se presta servicios para el EP Anexo de Chorrillos (máxima seguridad); por ejemplo para la toma de placas radiológicas para tratamiento odontológico. También refirió que se presentan conducciones cuando se necesitan consultas externas (principalmente con el Hospital Loayza, en Lima, el Hospital María Auxiliadora, en San Juan de Miraflores, y el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, en Surco). Por ser estos centros lejanos del penal tienen que ser conducidos en una camioneta del INPE (denominada “ambulancia” pero sin los requisitos de ésta). La clínica también cuenta con una farmacia que recibe regularmente la provisión por parte de la Oficina Regional del INPE.

En el penal también se cuenta con la presencia de promotoras de salud. Es un grupo aproximado de 10 internas voluntarias que se encargan de *“apoyar a las compañeras... comunicar los problemas que hay en el pabellón, referentes a la salud y ser un nexo para poder comunicarnos mejor con el tópico y el pabellón”*. Refieren que los cuadros que más se presentan son los pulmonares (bronquios) *“más en los niños por el clima”*. Mencionan que han recibido capacitación en temas de VIH/SIDA y de tuberculosis, y que apoyan en las campañas que se realizan.

En relación a la implementación de la estrategia contra las ITS y VIH/SIDA, la intervención es muy similar a la que se implementa en Lurigancho, siendo el factor diferencial el volumen de la población penal. De esta forma, también se realizan las tareas de prevención para las internas que ingresan por primera vez y también se dan las charlas y campañas al interior de los pabellones. En estas tareas, participan las promotoras de salud. Una dificultad no explicitada pero que se ha apreciado al ver los folletos utilizados en el penal de Lurigancho, es que no hay un enfoque especial y directo sobre la problemática de las mujeres. Por otro lado, refirieron que el servicio de psicología no está integrado a la estrategia, pues también realizan charlas, actividades propias, donde también *“tocan temas como ITS, VIH todo lo que es maternidad, este... la atención al niño, nutrición”*. En este sentido, estas tareas podría coordinarse, pero refiere la Dra. Pino que el enfoque de tratamiento penitenciario apunta más a promover la resocialización, lo que no ocurre en el caso de salud donde cada interno (sin importar su situación jurídica, edad o condición) es visto como un potencial paciente al que hay que atender.

En cuanto a tareas asistenciales, se detalló que en la actualidad hay 16 pacientes con VIH, de los cuales 4 internas están recibiendo TARGA. Para la provisión de TARGA, el área de salud del EP de Mujeres de Chorrillos tiene un convenio específico con Hospital “María Auxiliadora” (perteneciente al Sistema del Ministerio de Salud). A este centro de salud son llevadas las pacientes una vez por semana, a fin de pasar consulta con el especialista en infectología y recibir su dosis de retrovirales, la cual es controlada por la técnica en enfermería encargada en el penal. Este traslado tiene algunas dificultades por el hecho de que el establecimiento solo cuenta con una unidad móvil. Sobre los modos de contagio refirió que los casos vienen con la infección desde fuera del penal, y que no hay mucho contagio interno. Sin embargo, refirió el caso de una interna que está en

tratamiento de TARGA que estaba embarazada y dio a luz un niño. En este caso se ha constatado que no ha habido contagio vertical, pues el niño no tiene VIH.

En relación con los casos de tuberculosis, se refirió que cuenta con dos pacientes, de las cuales una está hospitalizada pues la restante ya está en etapa de “BK negativo”, pero continúa su tratamiento ambulatorio.

Realizado el recorrido por las instalaciones de la clínica, se tuvo la oportunidad de acceder a una entrevista con “Sandy”, una interna de 25 años, extranjera (específicamente, australiana)⁴⁶, portadora de VIH. Refiere que tiene dos años de permanencia y está sentenciada a 14 años de pena privativa de libertad. Relató que ya estaba contagiada antes de ser detenida y que el diagnóstico que recibió en su momento en su país fue de alguna forma causante de que frecuentara personas que la involucraron en el tráfico de drogas (se sintió desesperada, viajó a Sudáfrica, necesitaba dinero, manifiesta), pues no sabía nada acerca del VIH ni sobre su tratamiento. Cuando ingresó al EP Chorrillos informó de su condición e inmediatamente se la incorporó en el desarrollo de la estrategia a nivel de asistencia. Refiere no participar mucho en las consejerías, pues no domina el idioma y siente que la pueden llevar a deprimirse. Prefiere dedicar su tiempo a cultivar su experiencia religiosa. Sin embargo, reconoce la importancia del trabajo de los profesionales de salud del penal, pues le explicaron todos los alcances del tratamiento y eso la ayudó a vivir de mejor manera su condición. Refirió que recibe visita de su embajada una vez por mes, y que le prestan ayuda llevando cosas que ella solicita para comprar. En este sentido, es como un préstamo el que se le viene dando por lo que tiene que devolver el dinero a futuro. Los funcionarios diplomáticos que la visitan saben que “Sandy” tiene VIH. Ha solicitado el indulto humanitario pero no se le ha concedido por cuanto éste se da para enfermos en fase terminal. Manifiesta que en el 2011 aplicará al beneficio de conmutación de pena. Reconoce que la población en general desconoce acerca del VH/SIDA y por ello incurre en prácticas discriminatorias tales como no dar la mano ni abrazar, o no recibir el vaso que se ha usado; sin embargo, califica esto de “tonterías”. Resalta la atención del personal de la clínica (*“they are all very nice”*). Acerca de la posibilidad contagio, manifestó que no pensaba que había mucho riesgo ni conocía casos. En todo caso, consideró que el riesgo es tal cual se da en la vida en el exterior y que depende cada quien cuidarse y tomar sus previsiones.

INTERNAS DEL EP DE MUJERES DE CHORRILLOS QUE ACCEDIERON A ENTREVISTA

⁴⁶ La situación e internos extranjeros en las cárceles peruanas ha sido un problema creciente en los últimos años. Según las estadísticas oficiales del INPE a setiembre de 2010 se tiene a 1392 internos de procedencia extranjera (de todos los continentes), lo que constituye el 3.1% de la población total. En el EP de Mujeres de Chorrillos hay 148 extranjeras, que representan el 17.4% de su población. Esta presencia de extranjeros se relaciona fundamentalmente al delito de tráfico ilícito de drogas.



“Sandy” – Persona viviendo con VIH



“Vanessa” – Paciente en tratamiento contra la tuberculosis

(Fotos: Archivo personal)

Adicionalmente, se conversó con “Vanessa”, interna peruana, con 13 meses de privación de libertad y que actualmente está recibiendo tratamiento contra la tuberculosis. Refiere que se acercó al servicio de salud porque se agitaba mucho y se sentía mal. En la clínica le tomaron la prueba, la misma que llevó a que el diagnóstico sea de BK+++ por lo que tuvo ser internada en el área de aislamiento. Con el tratamiento la infección ha bajado por lo que pudo salir de hospitalización, continuando el mismo en forma ambulatoria pues ha vuelto a su pabellón. Refiere que aparte de la medicinas recibe alimentación complementaria de refuerzo que ofrece la administración del penal para madres gestantes, adultas mayores pacientes con TBC o VIH/SIDA. Menciona que recibió apoyo al conocer su diagnóstico, pues le brindaron información y orientación que le ha permitido mejorar su condición de salud. Sobre practicas discriminatorias, refiere que tuvo problemas con dos internas que “*son muy ‘asquientas’, te tratan de subestimar, no saben comprender*”. Evalúa positivamente la atención del personal de salud. Sobre la alimentación refiere que es suficiente, según su opinión. Sobre las condiciones de convivencia refiere que la disminución de la población ha derivado en que haya mejorado la situación. Finalmente, refirió que se sentía mejor a cómo llegó, incluso ha aumentado d peso. Refiere que no quiere dejarse vencer y “yo sé que tengo que salir adelante”.

Finalmente, se tuvo oportunidad de tener una breve entrevista con la Jefa del Área Psicológica del penal, quien refirió las limitaciones que tiene para realizar su labor, sobre todo a nivel de instalaciones, recursos informáticos, etc. Refirió también que estaba realizando un taller autoestima con interna lesbianas.

3.3.2.3. EP del Callao

<u>Datos Generales</u>	
Ubicación	Av. Centenario, Asentamiento Humano “Sarita Colonia”, Distrito de Bellavista, Callao
Día de la visita	12 de noviembre de 2010
Población el día de la visita	2346internos
Director	Sr. César Herrera Pérez
Jefa del Servicio de Salud	Dr. Freddy De La Cruz Álvarez

Penitenciaria	
Responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA	Lic. David Sauñe Ayala

El Penal del Callao, se ubica en la Provincia Constitucional del Callao, en el área metropolitana de Lima, y alberga básicamente a internos de esta zona portuaria. Al igual que los otros penales visitados, en el Callao también se presenta sobrepoblación pero en mayor índice, casi quintuplicando su capacidad de albergue (más de 2600 internos para una capacidad original de 550) a la cual se le ha asignado 25 trabajadores de seguridad interna por turno. La seguridad externa también está a cargo del INPE. En ese sentido, el Director del EP del Callao menciona que la labor de resocialización se ve seriamente afectada pues no hay espacios disponibles. Los internos utilizan los pasillos, los patios, incluso para dormir. Otra particularidad del EP del Callao es la gran cantidad de internos extranjeros, de que tiene (690 de 72 nacionalidades, es decir, casi la cuarta parte de la población penal). Esta predominancia se explica por el hecho que muchos de ellos ingresan por la comisión de delitos de tráfico ilícito de drogas, al ser capturados en el aeropuerto internacional “Jorge Chávez” que se ubica en esta jurisdicción por lo que tienen que ser procesados por autoridades jurisdiccionales del distrito judicial del Callao. Esta situación se vuelve a presentar durante los días de visitas en que se recibe un flujo 1200 a 1800 personas. A entender del Director, la única forma de resolver esta situación de sobrepoblación es con la construcción de un nuevo penal en la localidad.

Adicionalmente, manifestó que contaba como personal de tratamiento con 6 psicólogos, 6 trabajadoras sociales, 5 abogados y 5 promotores laborales; pero que la sobrepoblación dificulta las labores de este personal y la posibilidad de implementar mayores y mejores programas para promover la resocialización. Refirió que su gestión está abierta al apoyo de entidades externas (ONG’s, Iglesias). Destacó el apoyo del Gobierno Regional del Callao⁴⁷, que brinda apoyo en recursos humanos y económicos a diversas áreas de atención en el penal, principalmente el área de salud y el área laboral. Finalmente, refirió que los internos cuentan con representantes en los temas legales y de salud, con los que mantiene coordinación para una mejor marcha del penal.

Sobre la visita íntima, reconoció que esta no se realizaba según lo normado en el Código de Ejecución Penal y su Reglamento (evaluación social y médica, concesión del beneficio y recepción de visita en ambiente especialmente acondicionado)⁴⁸, sino que se realiza en los propios ambientes de los internos quienes se organizan en su ambiente.

⁴⁷ Desde el 2002 el Perú, mediante Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización, se encuentra en un proceso de descentralización implementando gobiernos regionales que viene asumiendo progresivamente algunas funciones del gobierno central. En este marco, mediante Decreto Supremo N° 011-2007-JUS del 17 de noviembre de 2007 se autorizó al Ministro de Justicia a celebrar un convenio de encargo de gestión del Establecimiento Penal del Callao con el Gobierno Regional del Callao.

⁴⁸ Según el artículo 58 del Código de Ejecución Penal “[l]a visita íntima tiene por objeto el mantenimiento de la relación del interno con su cónyuge o concubino, bajo las recomendaciones de higiene y planificación familiar y profilaxia médica [y es] concedido por el Director del Establecimiento Penitenciario, conforme al Reglamento”. Las normas específicas sobre su tramitación y concesión se encuentran regulados en los artículos 198 a 205 del Reglamento del Código de Ejecución Penal.



Sr. César Herrera Pérez, Director del EP del Callao
(Foto: Archivo personal)

Del mismo modo que en los anteriores penales visitados, el EP del Callao cuenta con ambientes para el área de salud en los que ha intervenido el Programa del Fondo Mundial, la misma que tiene 4 años de funcionamiento. El Dr. Freddy De La Cruz Álvarez, Responsable del Área de Salud Penitenciaria, menciona que en términos técnicos generales los ambientes son adecuados, pero son insuficientes pues faltan consultorios. Este problema deriva de la sobrepoblación actualmente existente, pues hay personal médico disponible (por el parte del Gobierno Regional del Callao) pero no hay ambientes para que ellos atiendan. Por ello se ha tenido que implementar una estrategia de atención directamente en pabellones, donde se acondicionan ambientes. Esto, si bien mantiene la presencia del personal de salud con la población penitenciaria, genera limitaciones en cuanto a la ausencia de privacidad y la asepsia que es necesaria para toda atención en materia de salud por lo que no es una atención de calidad.

Sobre los servicios que se dan, se cuenta con ambiente de tóxico, medicina general, servicio de farmacia, laboratorio (solo para realizar exámenes primarios y no de bioquímica pues se señala que faltan reactivos), rayos X y ambientes hospitalización, (para recuperados y una parte de aislamiento para los enfermos de tuberculosis y/o VIH). Se cuenta, asimismo con enfermería permanente. A continuación se presenta algunos de los ambientes mencionados.

AMBIENTES DE CLÍNICA DEL EP DEL CALLAO

AMBIENTES DE CLÍNICA DEL EP DEL CALLAO



Entrevista a Dr. Freddy de la Cruz, Responsable del Área de Salud del EP Callao



Oficina del Responsable de la Estrategia de Control y Prevención del VIH/SIDA



Área de hospitalización (general)



Área de hospitalización (para pacientes de tuberculosis)



Área de Historias Clínicas



Interno colaborador en ingreso de área de aislamiento

AMBIENTES DE CLÍNICA DEL EP DEL CALLAO



Pasillo de área de hospitalización (aislamiento para pacientes con tuberculosis)



Habitación de área de aislamiento para pacientes con tuberculosis



Área de Farmacia general



Almacén de medicinas para TARGA

(Fotos: Archivo personal)

A través de la visita se constató el estado de deterioro de algunos ambientes, y lo insuficiente que son para la cantidad de pacientes en espera. Se apreció la presencia de internos en calidad de colaboradores.

El responsable del Área de Salud también dio información sobre las patologías que se atienden con mayor frecuencia, mencionando que las principales son las respiratorias, las gastrointestinales y las dermatológicas (sobre todo acarosis, que deriva del hacinamiento). Refiere que hay un número importantes de adultos mayores, por lo que también se presentan enfermedades osteo-articulares, hipertensión (26 casos) y diabetes (18 casos, incluso algunos insulino dependientes).

En cuanto a los recursos humanos, refirió que recibe apoyo de personal de salud del Gobierno Regional del Callao. En ese sentido, cuenta 26 personas, de las cuales 19 son propiamente personal del INPE (quienes realizan las tareas en el ambiente de clínica y guardia permanente las 24 horas) y 7 son personal asignado por el Gobierno Regional (3 médicos, 1 enfermera, 1 odontólogo, 2 técnicos en enfermería, 1 en farmacia y 1 especialista en informática). El personal médico asignado por el gobierno Regional es el que se encarga en la atención en pabellones. Sin embargo, el apoyo de este agente externo podría ser contraproducente por el hecho de que una de las personas del Región Callao es la responsable de la Estrategia contra la tuberculosis y, según el personal INPE esto debería corresponderle a los servidores de salud penitenciaria.

En relación a los medicamentos expresó que la demanda es alta, dado el número de internos que se atiende pero que se logra cubrir. En cuanto a las medicinas para los pacientes de tuberculosis y portadores de VIH/SIDA, estos son provistos por las estrategias nacionales respectivas que están bajo jurisdicción del Ministerio de Salud, específicamente, para el caso del EP Callao, el Centro de Salud “Acapulco” y la Dirección Regional de Salud del Callao.

Finalmente, expresó su opinión en cuanto a la existencia de problemas sustantivos en la gestión de autoridades, pues encuentra que un punto débil es la capacitación al personal, en materia de calidad del servicio, manejo emocional y aspectos técnicos. Señala que el personal no está suficientemente motivado, hay indiferencia a la capacitación. Esto se ve influenciado por los bajos sueldos y a los distintos regímenes contractuales, los cuales contrastan con otras ofertas en el mercado laboral. Reiteró que el actual servicio de salud del EP Callao necesita de profesionales de otras especialidades, tales como neumología, infectología, cardiología y geriatría.

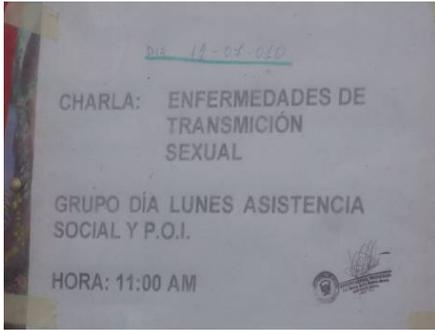
En relación a los casos de tuberculosis, se recibió información de la existencia de 50 pacientes, 25 de los cuales están con esquema 1, 10 con esquema 2, 14 son multidrogo resistentes (MDR), 1 con extrema multidrogo resistencia (XDR) para el cual *“no hay posibilidades de tratamiento, [por lo que] está aislado”*.

Acerca de la participación de los internos en actividades de salud, se mencionó su apoyo en las labores de limpieza y orden en los ambientes, así como las tareas de disciplina ante eventuales situaciones de “pérdida de control”. También se mencionó que apoyan en tareas administrativas y “apoyo informático”. Se tuvo oportunidad de conversar con un interno, quien manifestó que fue delegado de salud antes de convertirse en colaborador de la clínica y que le interesa tener contacto porque tiene conocimientos básicos de salud y sintió que podría ayudar.

En relación a la implementación de la estrategia contra las ITS y VIH/SIDA, la intervención sigue el mismo patrón que ya se ha descrito, es decir, se implementan actividades de prevención tanto para los nuevos ingresos como en los pabellones puesto que no se han dado despistajes generales a toda la población. A continuación se presentan algunas imágenes de este tipo de actividades.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN PABELLONES DEL EP CALLAO

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN PABELLONES DEL EP CALLAO



Afiche de convocatoria en patio de un pabellón



Charla de prevención a cargo de responsable INPE de Estrategia ITS y VIH/SIDA



Interno con folletos con información preventiva



Personal de Salud INPE y Gobierno Regional en campaña preventiva



Participación de internos en convocatoria



Internos registrando la recepción de materiales como parte de la campaña

(Fotos: Área de Salud del EP Callao)

Aparte de este trabajo de difusión con los internos, el Responsable de la Estrategia a nivel del EP Callao, Lic. David Sauñe, refirió en detalle el trabajo que realiza como responsable de la estrategia. Su primer contacto es con los nuevos ingresos, los cuales en su gran mayoría acceden a practicarse la prueba rápida. Refiere que ingresan al penal un promedio de 8 internos y se les entrega condones y folletería como material de prevención. Cuenta en almacén con pruebas rápidas, de modo que se sigue la misma dinámica que ya se ha

establecido como parte de la estrategia, si el resultado sale positivo, de hacer una segunda prueba.

Por otro lado, manifiesta que es difícil trabajar con las familias pues el único contacto posible con ellas se da en los días de visita. Por ello, lo más que se puede hacer es sensibilizarlos a través de materia gráfico visible en los ambientes.

Interrogado sobre las formas de contagios señala que se dan indistintamente, dentro y fuera del penal, principalmente por viáde contacto sexual consentido. En este sentido, manifiesta que la población se concientizacon las charlas de prevención que recibe pero no hay una cultura de la prevención ni en los barrios de donde provienen ni en sus familias o escuelas. Refiere que la droga y alcohol son causantes de conductas de riesgo y de eventuales contagios, tanto desde fuera como dentro del penal. También comenta que ingresan trabajadoras sexuales, pero no se hace trabajo preventivo con ellas.

Refirió que desde que se inició la estrategia se han contabilizado 83 casos de VIH en el penal. En la actualidad tiene 12 casos a los que se les administra retrovirales. Comenta también que tiene en la actualidad 2 casos de internos con tuberculosis y VIH.

Finalmente, se aprecia que la oficina que actualmente ocupa como responsable de la estrategia contra el VIH/SIDA no está en buenas condiciones. Por el contrario, es pequeña y comparte un solo escritorio y los archivos, además de almacenar las medicinas que le da el Ministerio de Salud para el TARGA. Cuenta con una computadora sin impresora.

Finalmente, se tuvo la oportunidad de entrevistar a un interno viviendo con VIH, “Francisco Da Silva”, portugués, con 38 meses de permanencia en el penal y sentencia de 7 años de pena privativa de libertar. Refiere que vive con VIH desde hace 7 años, es decir, ya sabía de su condición cuando entró al EP Callao por lo que lo comunico al área de salud. Por ello ha venido recibiendo tratamiento y atención permanente. En algunas oportunidades, también recibe atención externa, llegando a permanecer una semana de ser necesaria. Acerca de la vida dentro del penal, manifiesta que existe el riesgo de contagio por el hecho de compartir rasuradoras, pero principalmente por vía sexual pues no está suficiente internalizada en la población la necesidad de usar condones. Agrega que recibe visita de sus representantes diplomáticos, pero necesita mayor apoyo.

3.3.2.4. EP de Varones de Iquitos

Datos Generales	
Ubicación	Av. Guardia Republicana S/N, Distrito de Belén, Iquitos
Día de la visita	3 de diciembre de 2010
Población el día de la visita	879 internos
Director	Lic. César Falcón Cruzado
Jefe del Servicio de Salud Penitenciaria y Responsable de la estrategia sanitaria de VIH/SIDA	Dr. Bernardo Laulate Lozano

El Penal de Varones de Iquitos está en las afueras de la ciudad de Iquitos, en el departamento de Loreto en la parte amazónica oriental del Perú. Es un establecimiento de aproximadamente 20 años de antigüedad. Padece también del problema de sobrepoblación que aqueja a los demás penales visitados, teniendo en cuenta que su capacidad de albergue es de 350. Señala el Director del Penal que actualmente éste se encuentra en un período de transición pues durante 18 años el EP de Iquitos ha estado bajo la administración de la Policía Nacional y desde el 18 de diciembre de 2009 ha pasado a la administración del INPE. Ahora, la Policía solo realiza tareas de seguridad externa.

Menciona que uno de sus principales problemas es el escaso personal con el que cuenta. Para efectos de seguridad interna, cuenta con 18 efectivos por turno. En tratamiento, cuenta con sólo 6 personas, pero recibe apoyo de profesionales del Gobierno Regional de Loreto y de abogados defensores públicos que ha asignado el Ministerio de Justicia.

Reconoce que las instalaciones no son adecuadas, por lo que gestiona la ayuda de entes externos. En materia de gestión reconoce que es importante el diálogo entre el interno y la autoridad, lo que le permite sobrellevar las situaciones que se presentan. Expresa su preocupación sobre los ambientes de salud los cuales no son adecuados, pues no han tenido ninguna remodelación ni se ha intervenido en ellos con financiamiento externo. Además solo cuenta con un médico para toda la población penal que realiza muchas atenciones al día. Además, este profesional presta servicios una vez por semana al penal de mujeres, adyacente al de varones. Por ello, está dialogando con ONG's para concretar la construcción e implementación de un nuevo tópico, con personal incluido.



Sr. César Falcón Cruzado, Director del EP de Varones de Iquitos
(Foto: Archivo personal)

Efectivamente, en los ambientes del área de salud se pudo apreciar las dificultades por las que se atraviesa. El Dr. Bernardo Laulate, responsable del Área de Salud, mostró los ambientes que constan de uno que se usa como tópico y archivo de historias (además en él está el esterilizados, ya deteriorado). Otro ambiente es el de farmacia, donde se almacenan parte de las medicinas y hay un

consultorio utilizado también como almacén. Esta distribución deja un pequeño espacio para que sirva de sala de espera. Sin embargo, lo que se constata es el deterioro de todos los ambientes y la falta de equipamiento adecuado⁴⁹, lo que se muestra a continuación:

AMBIENTES DE TÓPICO DEL EP DE VARONES DE IQUITOS



Dr. Laulate en ambiente de Tópico



Medicinas almacenadas en consultorio del médico responsable del Área de Salud



Esterilizador y gaveta de historias médicas en área de tópico



Camilla y medicinas almacenadas en consultorio del médico responsable del Área de Salud

⁴⁹ Al respecto, la Evaluación Final del Componente 2 del Programa del Fondo Mundial que incluía en objetivo 2 el mejoramiento de los servicios de salud (acondicionamiento y mejora de infraestructura) menciona que el EP de Iquitos fue uno de los 3 que no llegaron a ejecutarse a pesar “[la ejecución de las mejoras debía recaer en el Gobierno Regional de Loreto en coordinación con el Ministerio de Justicia, lo cual demoró en ocurrir por la falta de un convenio entre ambas instituciones para el acondicionamiento del EP”.

AMBIENTES DE TÓPICO DEL EP DE VARONES DE IQUITOS



Consultorio del médico responsable del Área de Salud



Ambiente de farmacia

(Fotos: Archivo personal)

En relación a los recursos humanos, sólo se cuenta con dos personas: 1 médico (que es el responsable del área de salud y como tal presta atención a toda la población penal) y 1 técnico en enfermería. Además, el médico va los martes y jueves va al penal de mujeres, que está adyacente al penal de varones.

Refirió el Dr. Laulate que los principales cuadros que se presentan son virales y/o crónicos (tales como hipertensión o diabetes), dándose pocas patologías respiratorias.

Llama la atención que el ambiente que utiliza el médico para consultorio es usado también como almacén, en razón a que no hay otro ambiente donde se puedan guardar las medicinas y material que se envían desde Lima o desde la Dirección Regional en la ciudad de Tarapoto. Menciona que no nada higiénico y que pululan roedores en estos ambientes.

El tercer ambiente del que se dispone es el de farmacia, atendido por un enfermero y un interno colaborador. A este respecto, se menciona que en la actualidad se cuenta con 4 promotores de salud, que cuentan con capacitación básica. Su labor consiste en ir a los pabellones para canalizar una pronta atención a los enfermos. Refiere que antes se contaba con una enfermera pero renunció por mejoras salariales. En cuanto a la provisión de medicinas esta es anual.

No se cuenta con servicio odontológico ni de otras especialidades. Tampoco se cuenta con atención las 24 horas. Manifiesta que, de presentarse emergencias, los internos promotores de salud están capacitados para dar medicamentos sintomáticos hasta que retorne el médico. Refiere que hay 2 casos de enfermedades mentales, pero no hay atención psiquiátrica.

En cuanto al desarrollo de la estrategia contra el VIH/SIDA, menciona que se hacen charlas y se invita a instituciones para sensibilizar sobre el tema en la población penal. En relación a quines acceden a realizarse la prueba, esto se comunica a los hospitales del Ministerio de Salud, pues en el penal no se hacen pruebas a los que ingresan, solo les da folletería (sobre tuberculosis, ITS y

VIH/SIDA). Tampoco se les da preservativos porque no hay suficiente stock (el que ha llegado, de mil condones, alcanza sólo para la población penal).

En cuanto a atención a PVV, se busca darles atención integral. Actualmente hay 20 casos con atención de TARGA para 13 internos. Esta atención se coordina con el Centro de Salud de Cardozo, perteneciente al sistema del Ministerio de Salud. Se lleva a los internos para hacerles su control de carga viral y CD4 y posteriormente personal del INPE recoge las medicinas y se las da a los pacientes. Esto podría generar problemas pues no se puede descartar que los mismos no estén tomando los medicamentos. Refiere que hay problemas con la confidencialidad, porque en algunos casos la familia trae el medicamento y el personal de seguridad pregunta para qué es. Sobre el riesgo de contagio, reseña que esto se da tanto fuera como dentro del penal, donde existen posibilidades de contacto sexual entre hombres. La visita íntima, tal como en otros penales, se da los propios ambientes de los internos. Reconoce que ingresan TS al penal los días de visita pero no se hace trabajo preventivo con ellas.

Por otro lado, se ha constatado la presencia de nueve casos de tuberculosis, los cuales reciben medicación por parte de la Dirección Regional de Salud. Sin embargo, cabe resaltar que no hay dentro del penal área de hospitalización ni de aislamiento.

Acerca de una posible mayor incidencia de ITS, VH/SIDA o tuberculosis en población indígena⁵⁰, el Jefe del Área de Salud del EP Iquitos cree que el riesgo de contraer la infección es igual que con el resto de la población penal.

Finalmente, reitera que la principal y urgente necesidad es un local adecuado y por lo menos una persona mas para atención (enfermera).

El médico del penal de varones también presta atención al penal de mujeres. Este penal se puso en funciones a finales del 2009, pues antes las mujeres estaban dentro del penal “grande”, lo que provocaba muchos problemas y promiscuidad. Se optó por trasladar a las mujeres al penal de máxima seguridad, donde están separadas y en mejores condiciones.

En ese sentido, se tuvo la oportunidad de visitar los ambientes del penal de mujeres, el cual está en mejores condiciones y n está hacinado. Tiene una población de 54 internas y no cuenta con casos de TBC o de VIH/SIDA. La Directora del Penal, Lic. Delcia Zapata, solicitó de todas maneras un personal de salud permanente.

3.4. Apoyo y acceso a derechos fundamentales

Como es fácil de apreciar de la descripción realizada es claro que el principal problema es lasobrepoblación y hacinamiento en los niveles descritos tanto generales como particulares (en cada uno de los penales visitados). Es la sobrepoblación el germen o caldo de cultivo en el que los demás derechos de los privados de libertad se ven afectados.

⁵⁰ Según el reporte diario a que se tuvo acceso, el día de la visita al penal de Iquitos se constató e el registro la presencia de 17 internos pertenecientes a comunidades nativas.

En este sentido, el acceso a derechos y su promoción en la población penitenciaria es un mandato claramente establecido en las normas internas.

Quizás la principal herramienta institucional para promover estos derechos, aparte de la misma administración penitenciaria, es la Defensoría del Pueblo. Al no existir en la legislación peruana una instancia jurisdiccional específica para vigilar la ejecución de la pena privativa de libertad, desde su fundación en 1996 la Defensoría del Pueblo a través de su Programa de Asuntos Penales y Penitenciarios y sus Oficinas Defensoriales a nivel nacional, ha realizado una labor de supervisión consistente tanto en la recepción y trámite de quejas individuales así como el seguimiento de medidas de política penitenciaria y política criminal.

Sin embargo, conforme a su racionalidad no jurisdiccional, las recomendaciones que la Defensoría del Pueblo ha implementado no tienen carácter coercitivo u obligatorio. Por ello, desde esta misma institución se ha impulsado la necesidad de promover la institución del Juez de Vigilancia Penitenciaria⁵¹.

IV. Género y Derechos Humanos

Los indicadores en cuanto a población femenina se han descrito en la caracterización de la problemática.

Sin embargo, en cuanto a la labor del levantamiento de información se desprende, es claro que este es un aspecto no suficientemente tomado en cuenta. Una explicación a esto es la poca incidencia de la población femenina que, como ya se mencionó, alcanza el 6.1% de la población total. De esta forma, el conjunto de la normatividad está planteado en términos generales desde una óptica básicamente masculina y para aplicación a esa población. Si bien el Código de Ejecución Penal ha consagrado en sus artículos el mandato de no discriminación por razón de sexo y ha establecido normas determinadas aplicables a la condición femenina, la práctica y el diseño de políticas específicas desde el mismo Instituto Nacional Penitenciario no está orgánicamente diseñado. En este sentido, esto podría salvarse con el establecimiento de una unidad orgánica a nivel nacional (replicable a nivel regional) encargada de aplicar transversalmente el enfoque de género. De esta forma, aspectos como la salud penitenciaria para internas se vería favorecido.

V. Conclusiones

- Desde la década de los 80's el Estado ha implementado respuestas para controlar y atender la epidemia del VIH/SIDA. Para ello ha diseñado un marco legal general y planes estratégicos que buscan articular a todos los sectores estatales en la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA.
- Se ha logrado incorporar a estas políticas nacionales contra el VIH/SIDA a la población privada de libertad, partiendo de la constatación de que constituye una

⁵¹ DEFENSORIA DEL PUEBLO “Documento de Trabajo N° 003-2009-DP/ADHPD - El Juez de ejecución penal y vigilancia penitenciaria en el Sistema Penal Peruano”, Lima 2009. En <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/documentos/documento-003-2009-DP-ADHPD.pdf>.

población especialmente vulnerable y a su volumen en ciertos lugares, lo que hace que se constituya en un problema de salud pública.

- Los cambios de autoridades penitenciarias (a todo nivel: nacional, regional y local) como las habidas en la presente gestión gubernamental limitan una política sostenida, sobre todo en aspectos que no son estrictamente ligados al tema de seguridad, que es el que tiene más repercusión mediática.
- La actual ubicación orgánica de la Subdirección de salud penitenciaria, dentro de la Dirección de Tratamiento debe reevaluarse, pues constituye un aspecto de trabajo sobre un derecho fundamental y no sobre una opción de política penitenciaria como es el tratamiento progresivo que sigue nuestro Código de Ejecución Penal. En este sentido, amerita una autonomía de políticas de tratamiento que le permitan desarrollar una respuesta acorde con las necesidades. Esto se puede traducir en una ubicación orgánica de Dirección autónoma, como órgano de línea dependiente directamente del Consejo Nacional Penitenciario.
- El proceso de gestación, diseño, ejecución y evaluación del Programa del Fondo Mundial ha sido un factor determinante para el diseño de la estrategia para abordar las epidemias de VIH/SIDA y de tuberculosis.
- Se ha diseñado una estrategia de trabajo en penales con componentes claramente diferenciados: 1) trabajos preventivo-promocionales con PPL, familias y TS; y 2) atención integral, desde una perspectiva multidisciplinaria donde contribuye no sólo el profesional de salud, sino también los profesionales en trabajo social y psicología. Este modelo puede y debe ser replicable en el resto de penales.
- Parte esencial de esta estrategia ha escogido la selección dentro de la misma población penal de población especialmente vulnerable donde focalizar o priorizar la atención: esta es los internos que ingresan por primera vez (“primerizos”), los enfermos con tuberculosis, los adultos mayores, las madres gestantes.
- Esta estrategia en penales se derivado de y se ha integrado a la estrategia nacional coordinada por el Ministerio de Salud (a su vez, también beneficiada con la intervención del Programa del Fondo Mundial). De esta forma, hay coordinaciones con el sector salud, participación en espacios conjuntos de trabajo y un convenio que busca garantizar la continuidad de esta perspectiva de trabajo.
- El aporte del Fondo Mundial en cuanto al la mejora y adquisición de infraestructura y equipamiento ha tenido influencia directa en la mejora del conjunto de la respuesta de los servicios de salud no sólo en lo que respecta al VIH/SIDA sino también respecto a la respuesta a otros cuadros clínicos y endemias propias de la población.
- El aporte de gobiernos regionales, como parte del proceso de regionalización actualmente en marcha (tal como la experiencia que se ha dado con el EP Callao), plantea perspectivas de coordinación que tienen que evaluarse normativamente, para la mejora de los servicios penitenciarios en general, y de salud penitenciaria, en particular.

- Se requiere reforzar las intervenciones considerando la variable de género, de modo que se produzca material, se implementen acciones, se diseñen medidas orientadas específicamente a la población femenina.
- Se ha constatado que no en todos los penales se aplica la estrategia contra el VIH/SIDA en forma homogénea en razón a situaciones de índoles presupuestal o de carencia de recursos humanos, entre otros factores.
- En relación a los penales visitados:
 - Se ha constatado la necesidad de urgente inversión en infraestructura en el penal de varones de Iquitos y el aumento de personal.
 - El problema de sobrepoblación ha hecho que los servicios de salud (y el resto de servicios en general) haya colapsado, por lo que se requiere urgentemente acciones que permitan la una nueva construcción de un nuevo establecimiento penitenciario en el Callao.
 - El Penal de Chorrillos amerita la asignación de una unidad móvil adecuada (ambulancia) específica para el traslado a diligencias hospitalarias.
- Las autoridades del Poder Ejecutivo han dejado de lado la concesión de indultos a personas con VIH/SIDA o tuberculosis, por lo que podría reevaluarse esta política.

VI. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud, a través del la CONAMUSA y la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA:
 - Difundir los alcances de la Estrategia Nacional y promover – a través de las COREMUSA's (coordinadoras regionales multisectoriales de salud) la implementación de políticas de salud para el control y atención del VIH/SIDA considerando a la población penitenciaria como población vulnerable a ser atendida.
- Al Ministerio de Justicia e INPE
 - Gestionar y diseñar planes estratégicos de largo plazo en materia de salud penitenciaria de modo que trasciendan eventuales cambios en las administraciones particulares.
 - Evaluar la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del INPE a fin de ubicar orgánicamente al ente encargado de dirigir, coordinar y supervisar las acciones en el campo de salud penitenciaria a nivel de Dirección autónoma, como órgano de línea dependiente directamente del Consejo Nacional Penitenciario.
 - Evaluar la aplicación de la Directivas N° 005-2005-INPE (aprobada por Resolución Presidencial INPE N° 319-2005-INPE/P) a fin de modificarla, enriquecerla y difundirla en todos los establecimientos penitenciarios del territorio nacional. De esta forma, se dará el marco normativo más adecuado para aplicar las estrategias específicas en penales.
 - Mantener la participación en las instancias coordinadoras de la estrategia nacional contra el VIH/SIDA coordinada por el Ministerio de Salud, a fin de asegurar la inclusión de las personas privadas de libertad como

- beneficiarias de estas políticas, en tanto son población especialmente vulnerable.
- Coordinar con los gobiernos regionales para la implementación de acciones destinadas a la mejora de los servicios penitenciarios en general, y de salud penitenciaria, en particular.
- AI INPE
 - Incluir en sus planes estratégicos, instancias orgánicas y demás documentos de gestión la variable de género, de modo que se implementen acciones orientadas específicamente a la población femenina.
 - Se ha constatado que no en todos los penales se aplica la estrategia contra el VIH/SIDA en forma homogénea en razón a situaciones de índoles presupuestal o de carencia de recursos humanos, entre otros factores.
 - Iniciar acciones destinadas a invertir con carácter de urgente en infraestructura para el área de salud en el penal de varones de Iquitos, así como aumentar su y el aumento de personal para la atención de la población penal.
 - Evaluar la viabilidad de una futura inversión en infraestructura para implementar un nuevo establecimiento penitenciario en el Callao.
 - Evaluar gestiones para proporcional al área de salud del Penal de Chorrillos la asignación de una unidad móvil (ambulancia) específica para el traslado a diligencias hospitalarias.
 - Promover alianzas estratégicas con entidades externas (universidades, ONG's, etc.) para fortalecer los recursos humanos en salud a través de capacitaciones.
- Al Ministerio de Justicia
 - Evaluar la concesión de indultos a personas con VIH/SIDA o tuberculosis.

VII. Bibliografía consultada

- Constitución Política del Perú.
- Código de Ejecución Penal. Decreto Legislativo N° 654 y modificatorias.
- Reglamento del Código de Ejecución Penal, aprobado por Decreto Supremo N° 015-2003-JUS del 9 de setiembre del 2003.
- COMISIÓN EPISCOPAL DE ACCIÓN SOCIAL (2006) Informe penitenciario. Una mirada al mundo carcelaria peruano. Lima: CEPAL
- GUTIERREZ, Jhon (2003) Informe sobre la situación del VIH/SIDA y Derechos Humanos en Perú para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA. Lima: sin editorial.
- ONUDD y ILANUD (2008) Informe final. Diagnóstico rápido sobre HIV – Sida en los sistemas penitenciarios e Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y República Dominicana.

- Consulta Regional para América Latina y el Caribe sobre VIH/SIDA en el medio carcelario (2008) Informe Final. Sao Paulo – Brasil : no aparece la editorial
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2009) Informe Defensorial N° 143 Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Lima: Defensoría del Pueblo
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO (1997) Informe de Supervisión de Derechos Humanos de Personas Privadas de Libertad. Serie Informes Defensoriales, N° 11, Lima.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2002) Derechos Humanos y Sistema Penitenciario. Supervisión de Derechos Humanos de Personas Privadas de Libertad. Serie Informes Defensoriales, N° 29. Lima.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2006) Supervisión del Sistema Penitenciario 2006. Serie Informes Defensoriales, N° 113. Lima, febrero de 2007.
- UNODOC. VIH/SIDA en los Centros Penitenciarios de El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. No aparece el país donde se publicó : UNODC
- MEDICOS SIN FRONTERA (2005) Lecciones aprendidas. Una Experiencia de trabajo multidisciplinario en ITS y VIH/SIDA en el Penal de Lurigancho en Lima, Perú. Lima: Médicos sin frontera.
- GRUPO DE COOPERACIÓN TÉCNICA HORIZONTAL DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN VIH/SIDA (2008) Documentos de relacionamiento. Gobierno y Sociedad Civil construyendo una respuesta solidaria en nuestra Región. Lima: GCTH
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (2008) Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington: OPS
- ONUDD (2007) Marco de acción para una respuesta eficaz. VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario. New York: OMS y ONUSIDA
- MINSA (2006) Análisis de la situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la prevención y control. Lima: Dirección general de Epidemiología del Ministerio de Salud.
- GRUPO LEVIR S.A. (2004) Propuesta Peruana al Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGSTM) “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” Perú: Grupo Levir S.A.
- CONAMUSA, MINISTERIO DE SALUD, ONUSIDA Y PROYECTO VIGIA (2006) Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención de las ITS y VIH/SIDA en el Perú. Lima: CONAMUSA, MINISTERIO DE SALUD, ONUSIDA Y PROYECTO VIGIA.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y CONAMUSA (2010) Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019. Lima: Ministerio de Salud y CONAMUSA

- MINISTERIO DE JUSTICIA (2003) Plan Nacional de Tratamiento Penitenciario. Lima: Ministerio de Justicia.
- Proyecto de Ley N° 1062/2006 – CR. Ley General de salud sexual y salud reproductiva. Lima: Congreso de la República
- Ley N° 26626. Encargan al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de trasmisión sexual. Congreso de la República. Lima, Perú, junio de 1996.
- Ordenanza Regional N° 187 – 2010/GRP-CR. Ordenanza que aprueba el Plan Estratégico Regional Multisectorial para la prevención y control de ITS, VIH y SIDA en el ámbito jurisdiccional del Gobierno Regional Piura. Gobierno Regional Piura. Piura, Perú, 24 mayo 2010.
- DECRETO SUPREMO N° 005-2007-SA. Aprueban Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú. Congreso de la República. Lima, Perú, 19 de junio de 1996
- CMP FLORA TRISTAN (2006) Las mujeres positivas. La situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en el Perú. Lima: CMP Flora Tristán
- ZARATE, Eduardo; LOBÓN, Irma; SAAVEDRA, Carlos y CASTAÑEDA María (2005) Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios, pp. 1-13. En: Anales de la Facultad de Medicina UNMSM, vol.66, No. 2
- TICONA, Eduardo Y VÁSQUEZ, Rubén (2009) Manejo institucionalizado del paciente con Tuberculosis, pp. 385-63. En revista Perú Médicos Expertos en Salud Pública, No - 26
- Construyendo alianzas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2006
- COLLINS, Joshep (2003) The global fund to figth AIDS, Tuberculosis and Malaria. Perú: CCM
- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA (2010) Situación del VIH/SIDA en el Perú. Lima: Dirección general de Epidemiología
- UNODC (2009) Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario. Austria: UNODC
- Entrevistas:
 - REYES, Hernán(2006) "Si no se trata la tuberculosis en los penales, pueden aumentar los casos en la población externa" (Consulta: 20 de Octubre de 2010) (<http://www.icrc.org/WEB/SPA/sitespa0.nsf/html/peru-itw-tuberculosis-250906>)
 - Alain Vuilleumier (2010) América Latina: "Las cárceles son bolsones de tuberculosis" (Consulta 20 de Octubre). <http://www.icrc.org/WEB/SPA/sitespa0.nsf/html/peru-interview-220310>
 - Nikoloz Sadradze (2010) Tuberculosis: detener una enfermedad mortal que no se limita a matar tras las rejas (Consulta: 20 de octubre)

<http://www.icrc.org/WEB/SPA/sitespa0.nsf/html/azerbaijan-interview-220310>

- Reportajes:
 - Médicos sin fronteras (2006) Perú: la lucha contra el VIH/SIDA en una prisión superpoblada (Consulta: 20 de Octubre de 2010) <http://www.msf.es/noticia/2006/peru-lucha-contra-vihsida-en-una-prision-superpoblada>
 - CICR (2009) Perú: el hacinamiento multiplica el contagio de tuberculosis en las cárceles (Consulta: 20 de Octubre de 2010). <http://www.icrc.org/WEB/SPA/sitespa0.nsf/html/peru-tuberculosis-feature-270309>
 - Diario Salud.net (2010) Tuberculosis y Sida en cárceles, amenaza para salud pública en Latinoamérica (Consulta: 21 de Octubre) <http://www.diariosalud.net/content/view/2064/457/>
 - Luis Jaime Cisneros (2006) Tuberculosis y sida en cárceles, amenaza para salud pública en Latinoamérica (Consulta: 21 de Octubre de 2010) http://www.aegis.com/news/afp/2006/AF060973_ES.html
- Diapositivas:
 - VIDAL Margot. Evolución histórica de la epidemia de VIH / SIDA en el Perú y en el Mundo. Lima: Médico Epidemiólogo, Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia
 - SEMINARIO, L. (2007) Aportes Institucionales en VIH/SIDA y TBC. Lima: Oficina de Salud USAID/Perú
 - CAPARRÓS, Leonardo (2008) Reunión VIH-SIDA en prisiones en el área andina. Lima: INPE
 - BEST, José (2008) Control de infección en centros penitenciarios: Experiencia de Perú. Lima: INPE

VIII. Anexos.

8.1. Instrumentos metodológicos UNODC

8.1.1. Instrumento de recolección de información para el diagnóstico rápido.

Apartado 1: Marco Jurídico y políticas. Objetivo: conocer normativa relacionada con el marco de acción y las políticas sobre el VIH/Sida en el medio penitenciario. En la sección de comentarios se podrá incluir cualquier otra contestación que incluya, si es necesario, los procesos en marcha y las limitaciones y las fortalezas de su implementación.

N°	Ítems	País		Comente su respuesta.
		SI	NO	
1.	Existe una Ley Nacional sobre VIH/Sida	x		
2.	La Ley Nacional sobre el VIH/Sida incorpora a la población penitenciaria como prioritaria		x	
3.	Existe un plan estratégico nacional o política nacional sobre el VIH/Sida	x		
4.	El plan estratégico sobre VIH/Sida, incorpora a la población penitenciaria como prioritaria	x		Esta considerada como pob. vulnerable
5.	La legislación nacional es coherente con los tratados, legislaciones y/o recomendaciones internacionales ratificados por su país sobre esta materia.	x		
6.	Permite la normativa penal la existencia en los medios carcelarios de acciones y programas sobre el VIH/Sida y poblaciones más expuestas.	x		Se aplican las políticas públicas del órgano rector: MINSA
7.	La legislación penal prevé el acceso a sanciones alternativas o sustitutivas a la pena privativa de libertad en caso de cualquier tipo de enfermedad o condición extraordinaria de salud que no pueda ser atendida en el medio penitenciario.	x		El indulto y el derecho de gracia
8.	La legislación se compromete con los principios de confidencialidad, voluntariedad, universalidad, similitud y gratuidad de la prevención, el tratamiento y la información de las personas privadas de libertad, que viven con VIH/Sida en el medio penitenciario	x		Se aplica igual que en el medio libre
9.	Existe una política penitenciaria específica en VIH que abarque y se aplique en todos los establecimientos penitenciarios		x	Las políticas al respecto son las nacionales (MINSA)
10.	La legislación penal nacional suspende el disfrute de algún derecho que no sea el del libre movimiento		x	Salvo orden expresa

N°	Ítems	País		Comente su respuesta.
		SI	NO	
11.	La legislación nacional penal y penitenciaria, garantiza los derechos de las personas con VIH/Sida y la no estigmatización y discriminación.			
12.	La legislación ordena a jueces, Ministerio Público y Defensoría del Pueblo a verificar y supervisar el acceso a derechos fundamentales de las personas privadas de libertad			
13.	Existe una política para la acción de organismos no gubernamentales en la promoción y protección de los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad en el medio penitenciario			
14.	Se signan recursos públicos a la prevención y atención del VIH/sida en el ámbito penitenciario.	x		Se compran preservativos, pruebas rápidas y lubricantes
15.	La política de confidencialidad le da un carácter de acceso restringido a los expedientes y la información sobre el VIH, Sida, ITS y otros	x		El juez es el único que puede tener acceso a ellos
16.	Es política de la administración penitenciaria reconocer el derecho a la visita íntima entre personas del mismo sexo.		x	
17.	Es política de la administración penitenciaria reconocer el derecho a la visita íntima en los centros para mujeres de reclusión.	x		
18.	Es política de la administración penitenciaria reconocer el derecho a la visita íntima de las personas privadas de libertad con VIH/Sida.		x	

Apartado 2: Capacidad de gestión de las Administraciones Penitenciarias, sobre el desarrollo de un ambiente pro salud y pro social, comprometido con la persona humana.

N°	Ítems	País		Comente su respuesta
		SI	NO	
19.	Las acciones y programas sobre VIH/sida en la medio carcelario se establecen a partir de las directrices y en coordinación con el Programa Nacional sobre VIH/sida.	x		
20.	Existe una coordinación entre autoridades penitenciarias y organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de las		x	En términos generales la sociedad civil

	acciones sobre el VIH/Sida en el medio penitenciario.			muestra poco interés por la ppl
21.	La gestión administrativa y la estructura física de los establecimientos penitenciarios garantizan los derechos de las personas con VIH/Sida y la no estigmatización y discriminación.			
22.	El presupuesto asignado a la Administración Penitenciaria, es adecuado para cubrir las necesidades de la población penitenciaria.		x	
23.	Del presupuesto asignado a la administración penitenciaria para su gestión operativa y funcional se destina una parte para la atención del VIH/Sida en el medio penitenciario.	x		
24. .,	La administración penitenciaria tiene personal sanitario propio para asumir acciones requeridas ante el VIH/Sida en el medio penitenciario (Especificar en comentarios).	x		Médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, etc. en cantidad insuficiente
25.	En la administración penitenciaria, el tema del VIH/Sida, se aborda de forma integral.		x	Poco compromiso, faltan RRHH, capacitación.
26.	Son adecuadas en los centros las condiciones de infraestructura, la alimentación, el aseo e higiene,		x	Hay hacinamiento, la infraestructura es pobre.
27.	El sector gubernamental financia Programas y actividades de prevención del VIH (acceso a condones y lubricantes).	x		
28.	El sector gubernamental financia el acceso a pruebas de identificación del VIH, y las pre y post consejería.	x		
29.	El sector gubernamental financia el acceso al tratamiento anti-retroviral.	x		
30.	El sector gubernamental financia el acceso a la atención psicosocial.	x		pobrementemente
31.	El sector gubernamental financia el acceso a atención médica especializada.	x		
32.	El sector gubernamental financia la formación continua de sus funcionarios penitenciarios en temas relacionados con el VIH/sida.		x	
33.	Las acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo en materia de VIH, en el ámbito penitenciario dependen del apoyo financiero internacional.	x		

Apartado 3: Procesos de Prevención. Objetivo: conocer los procesos de prevención vinculados a la gestión del VIH/Sida, en los establecimientos penitenciarios.

		País		Comente su respuesta.
		SI	NO	
34.	Todas las acciones sobre el VIH/Sida en el medio carcelario, se adecuan al nivel educativo, cultural y el multilingüismo de las PPL, con enfoque de género y sin discriminación por orientación sexual.	x		Parcialmente, no se considera las poblaciones indígenas (selva y sierra)
35.	Las acciones de prevención del VIH las realiza el sector público.	x		
36.	Las acciones de prevención del VIH las realizan ONGs, a partir de transferencias presupuestarias.		x	Se han recibido apoyo en proyectos puntuales tales como el Fondo Mundial por ejemplo.
37.	Las acciones de prevención abarcan a toda la población penitenciaria (indiciados y sentenciados), independientemente del sexo, raza, religión nacionalidad, orientación sexual, edad, etc.	x		
38.	Las acciones sobre el VIH/Sida en el medio carcelario, incluyen al personal administrativo, sanitario, social y de custodia del centro penitenciario.	x		Cuando es posible hacerlo
39.	La prevención abarca procesos de divulgación de información, educación para el cambio de comportamientos sobre educación sexual y específicamente sobre VIH e ITS	x		Lo que menos se trabaja es la educación para el cambio de comportamientos
40.	Existen procedimientos administrativos para garantizar la confidencialidad de los resultados de la prueba y el tratamiento del VIH en PPL.	x		
41.	Se desarrolla procesos de educación sobre el uso del condón, lubricantes y protectores	x		
42.	Se desarrolla procesos de educación sobre el uso del condón, lubricantes y protectores			
43.	La Administración Penitenciaria, promueve la participación, incorporación y organización de las personas privadas de libertad en las acciones de prevención sobre el VIH/Sida.	x		Con promotores de salud, pero cada vez con mayor dificultad por falta de apoyo de la seguridad y trabajo.
44.	Las acciones de prevención incorporan al personal penitenciario	x		
45.	Se realizan acciones para prevenir las infecciones oportunistas y las co-infecciones, en las personas que viven	x		Seguimiento a las PVVS

	con VIH/Sida, en el medio penitenciario.			
46.	Se realizan acciones de prevención del uso de drogas inyectables por las personas privadas de libertad que viven con VIH/Sida, con opciones de uso de sustitutos de drogas y acceso a agujas, jeringuillas y desinfectantes		x	No existen UDI
47.	La prevención se organiza desde el ingreso al establecimiento penitenciario	x		
48.	Las pruebas diagnóstico se realizan siguiendo las pautas y recomendaciones de las normas y programas nacionales sobre VIH/sida.	x		
49.	Las pruebas de diagnóstico de VIH e ITS se aplican desde el ingreso, de forma voluntaria y confidencial.	x		
50.	Las pruebas de VIH e ITS se aplican a solicitud de la persona privada de libertad tras el ingreso.	x		
51.	Se realizan consejerías antes y después de aplicar las pruebas de diagnóstico del VIH.	x		
52.	Las pruebas del VIH que se aplican son del tipo rápido.	x		
53.	Las pruebas de diagnóstico de VIH que se aplican son de laboratorio.		x	Son pruebas rápidas
54.	Las pruebas de diagnóstico de VIH que se aplican se confirman sus resultados	x		
55.	El sector gubernamental promueve y garantiza a las PPL el acceso gratuito a condones masculinos o/y femeninos y lubricantes y de forma permanente.	x		Preservativos masculinos y lubricantes en cantidades limitadas
56.	La distribución de condones masculinos y/o femeninos se da en la consulta médica		x	
57.	La distribución de condones masculino y/o femeninos se da solicitándolo a algún funcionario designado	x		
58.	Los condones masculino y/o femeninos se entregan solo para la visita íntima	x		Solo en el caso de las mujeres
59.	Existen acciones de prevención de las actividades sexuales no consentidas al interior de los establecimientos penitenciarios		x	
60.	Existen acciones de prevención de las actividades de tatuaje y perforaciones corporales al interior de los establecimientos penitenciarios	x		En una ocasión se les capacito a los que ejercen esta actividad y son PPL
61.	Existen acciones de prevención sobre el funcionamiento de pandillas o grupos		x	

	organizados para delinquir al interior de los establecimientos penitenciarios			
62.	Se sigue el protocolo nacional para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.	x		

Apartado 4: Procesos de Atención y Tratamiento. Objetivo: conocer los procesos de atención y tratamiento vinculados a la gestión del VIH/Sida, en los establecimientos penitenciarios.

N°	Ítems	País		Comente su respuesta.
		Si	No	
63.	Las acciones de atención y tratamiento del VIH/Sida, las realiza el sector gubernamental	x		
64.	Las acciones de atención y tratamiento del VIH/Sida, las realiza ONGs		x	
65.	La población que vive con VIH/Sida en el medio penitenciario, está separada del resto de la población privada de libertad.		x	
66.	Se siguen los protocolos nacionales de tratamiento antirretroviral para las personas con VIH en C.P.	x		
67.	Se administra Isoniazida a las PPL con VIH como prevención de la TB.	x		
68.	Se ha registrado alguna interrupción de tratamiento ARV para PPL en los últimos doce meses.		x	
69.	Se realizan acciones de tratamiento sobre las infecciones oportunistas y las co-infecciones, en las personas que viven con VIH/Sida, en el medio penitenciario	x		
70.	El personal sanitario que participa en la atención y el tratamiento del VIH / Sida, en el medio penitenciario está sensibilizado.	x		Por lo menos gran parte de este RRHH ha recibido la información
71.	El personal sanitario que participa en la atención y el tratamiento del VIH / Sida, en el medio penitenciario está capacitado.	x		Hay una alta rotación de los RRHH capacitados
72.	Se realiza en el tratamiento médico controles de carga viral, conteos de linfocitos a personas con VIH, de forma regular.	x		
73.	Existen protocolos para la atención medica – odontológica de personas con VIH/Sida	x		Se utilizan los del MINSA
74.	Existen protocolos para el control de calidad, la asignación y seguimiento del	x		

	nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral.			
75.	Existen protocolos para el manejo de los desechos médicos post-tratamiento en las unidades médicas de los establecimientos penitenciarios		x	Solo se trabajo en Lurigancho pero no se hizo sostenible
76.	Está disponible profilaxis post-exposición al VIH para caso de violencia sexual o accidentes profesionales.	x		Parcialmente

Apartado 5: Procesos de Apoyo a la inserción y el acceso a los derechos fundamentales. Objetivo: conocer los procesos de apoyo y acceso a derechos de las personas que viven con VIH/Sida, en los establecimientos penitenciarios.

N°	Ítems	País		Comente su respuesta.
		SI	NO	
77.	La población menor infractora comparte los centros de reclusión de adultos.		x	
78.	Existen programas diferenciados para menores infractores y menores que viven con su madre en situación de encierro.			No hay menores infractores
79.	Si asume la población menor de edad, abordan el tema del VIH/Sida de manera prioritaria			No trabajamos con menores en el INPE, no hay esta población
80.	De asumir la población penal juvenil, existe una acción especial de protección y acceso a derechos, fundamentado en las leyes y convenciones de protección de derechos de la infancia.			
81.	Están estructuradas acciones para favorecer un proceso de inserción social asertivo, al egresar de los establecimientos penitenciarios			
82.	Existen procesos que garanticen la continuidad de la atención y el tratamiento a las personas que viven con VIH/Sida, al egresar de los establecimientos penitenciarios	x		Esto depende de los vínculos establecidos con el MINSA local
83.	Existen mecanismos de protección de derechos, a nivel jurisdiccional; instancias constitucionales, jueces, defensores, fiscales de la ejecución de las penas privativas de libertad			
84.	Existen mecanismos e instancias de derechos humanos que velen por los derechos de las personas privadas de libertad	x		

Anexo 2

Instrumento complementario para recolección de información sobre el VIH/Sida en el medio carcelario

N°	Ítems	PAÍS
1.	Presupuesto penitenciario	
2.	Número de establecimientos penitenciarios	66
3.	Numero de establecimiento para hombres	20
4.	Número de establecimientos para mujeres	10
5.	Total de Población ubicada en establecimientos penitenciarios cerrados	45,373 (a septiembre de 2010)
6.	Capacidad de alojamiento	
7.	Porcentaje de Sobrepoblación	
8.	Fecha primer caso de VIH	1985
9.	Fecha primer caso de Sida	1985
10.	Total de personas identificadas con VIH/Sida al 31/07/10	56*
11.	Del total actual, cuántos son mujeres	3*
12.	Del total actual, cuántos son hombres	53*
13.	Cantidad de personas detectadas con ITS en el _____	Recién se esta implementando esta información
14.	Cantidad de personas detectadas con Tuberculosis en el 31/08/10	727*
15.	Cantidad de personas que usan drogas inyectables, identificados en el _____	No hay información
16.	Cantidad de personas hepatitis B y C en el medio penitenciario, _____	No hay información
17.	Cantidad de pruebas de diagnóstico de VIH aplicadas en el hasta 31/07/2010	5839*
18.	Cantidad de pruebas de diagnóstico de ITS, aplicadas en el _____	
19.	Cantidad de condones distribuidos en el 2010	1'055,600
20.	Cantidad de condones femeninos distribuidos en el _____	No se adquieren aún
21.	Cantidad de protectores de látex, distribuidos en el _____	No se adquieren aún
22.	Cantidad de lubricantes distribuidos en el 2010	64,420
23.	Cantidad de agresiones sexuales registrados en el _____	
24.	Cantidad de personas privadas de libertad capacitadas en el VIH/Sida, en el 2010	Aproximadamente entre el 70-80% de la PPL
25.	Inversión en salarios para el sector de personal de seguridad, por año	
26.	Inversión en salarios para el sector de personal de salud, por año	
27.	Inversión en salarios para el sector de personal de atención profesional, por año	
28.	Inversión en medicinas en el sistema penitenciario	2'905,126
29.	Inversión en equipo médico en el medio penitenciario	No hay información
30.	Inversión en alimentación para el sistema penitenciario	

31.	Inversión en ampliar infraestructura para el sistema penitenciario, por año	
32.	Inversión en aseo e higiene de instalaciones penitenciarias por año	
33.	Inversión en aseo e higiene para las personas privadas de libertad, por año	
34.	Inversión en el desarrollo de áreas de salud para el sistema penitenciario, por año	
35.	Inversión en mantenimiento de infraestructura penitenciaria, por año	

*Nota: la información remitida en los casos de VIH y de tuberculosis considera a 22 unidades notificantes de 27 (81.4%) y corresponde a los meses de julio y agosto respectivamente del año 2010.

8.2. Anexo 8.2 - Cartas de presentacion

8.3. Oficio a INPE solicitando información adicional

8.4. Lista de requerimientos por penales

8.5. Cuestionarios guías para entrevistas

8.6. Resolución Presidencial del Instituto Nacional Penitenciario N° 319-2005-INPE/P del 26 de mayo de 2005 se aprobaron las “Normas y Procedimientos para la Atención de Salud de las Personas Privadas de Libertad en los Establecimientos Penitenciarios a nivel Nacional”

8.7. Decreto Supremo N° 005-2007-SA del 2 de mayo de 2007 se aprobó el “Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú”

8.8. Convenio Marco N° 046-2008/MINSA suscrito por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y el Instituto Nacional

8.9. Impresos – Material deprevención que se reparte a población privada de libertad.