



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

**“EI VIH Y SIDA EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL
CENTRO DE DETENCIÓN PREVENTIVA SANTIAGO SUR”**

TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE TRABAJADOR SOCIAL

Alumnos:

Felipe Bravo Espinoza.
Sandra Gálvez Cid.
Yorka Urriola Urbano.

Profesora Guía:

Sra. Paola López López.

Santiago, Diciembre 2016

Agradezco a todas las personas que me acompañaron en este viaje... A mis mujeres, mi madre, abuela, y mis tías que son un pilar fundamental en mi vida. A mi familia por entender tantas veces que no pude estar ahí, a “LDS” quienes se transformaron en mi familia elegida por el apoyo y soporte entregado durante el proceso. A Sandra y Yorka por el aguante y ejemplo demostrado durante este tiempo. Y a Dios...

«Si el hombre solo se preocupa de sí mismo, puede llegar a ser un famoso erudito, un gran sabio, un excelente poeta, pero nunca un hombre grande y perfecto.» (Reflexiones de un joven en la elección de una profesión)

Felipe Bravo Espinoza

A Dios, a mi mamá por estar siempre apoyándome en este desafío, a mis compañeras/os de trabajo y amigos que siempre creyeron en mí.

A mis compañeros de trabajo social, a mis profesores, a Felipe y Yorka mis compañeros de tesina y a todas/os quienes estuvieron conmigo durante este proceso para lograr ser una Trabajadora Social.

Sandra Gálvez Cid

A Mi madre Ina, por ser un ejemplo de vida, por el apoyo incondicional, por todos tus sacrificios, que me han hecho esforzarme por alcanzar tu ejemplo, sin ti, esto no sería posible.

A mi querido Iván Alonso, por ser el motor de mi vida, por darme la fuerza necesaria para seguir día a día y ser mejor madre y persona.

A Sandra y Felipe, compañeros de trayecto, juntos lo logramos... nuestro sueño se ha hecho realidad.

A todos, quienes de una u otra forma han estado a mi lado dando una palabra de aliento, apoyando, colaborando y aceptando mis tiempos. Hermano te hice caso.

A los que ya nos están y han sido parte importante en mi vida. ¡Papá estarías orgulloso!

Dios gracias por tu protección.

Yorka Urriola Urbano

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este arduo trabajo con el que nos transformamos en profesionales, es inevitable sentir una gran emoción y recordar el momento en que dimos el paso para desarrollar nuestros sueños, con temores ingresamos a nuestra Universidad y poco a poco nos dimos cuenta que nuestros esfuerzos y sacrificios tenían un sentido, nuestros maestros fueron los encargados de entregarnos sus conocimientos, marcándonos con sus cátedras. Por esto queremos agradecer especialmente a nuestra profesora Mónica Galárce Contreras, por ser más que una maestra un guía, un apoyo una gran persona, que nos acompañó en los primeros años de estudio y luego en las primeras experiencias en el campo profesional; a nuestra profesora Paola Rojas que nos revitalizó con sus clases, nos hizo conocernos en lo íntimo y cerrar heridas. Agradecemos también a nuestra ex directora de carrera la Señora Malvina Ponce de León, quien con su ejemplo y perseverancia nos acogió al comienzo de nuestra travesía, y a quien hoy nos dirige a la Señora Verónica Valenzuela, quien con su carisma y sonrisa acogedora se ha transformado para nosotros en un apoyo muy especial.

No podemos dejar de agradecer a quien logró que puliéramos nuestras ideas y supo darle sentido a nuestra tesina, realmente ha sido una guía, profesora Señora Paola López López, gracias por orientarnos, apoyarnos, darnos herramientas, por confiar en nuestras capacidades, por ordenarnos, por su disponibilidad y alegría.

A nuestras familias por el apoyo, comprensión, por no dejarnos flaquear por su cariño y a Dios por su protección.

También queremos agradecer a la Trabajadora Social Señora Margarita Valdés, por regalarnos un poco de su tiempo y sabiduría, a los Señores Ramón Reyes y Cristian Belmar, por la generosa entrega de aportes de realidad de los centros penitenciarios, y a todos quienes aportaron con un granito de arena para la formulación de este documento.

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I ANTECEDENTES GENERALES.....	9
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	26
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	26
OBJETIVO GENERAL:.....	26
OBJETIVO ESPECÍFICOS:.....	26
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	27
CAPITULO II FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	28
EL VIH/SIDA EN CHILE.....	29
POLÍTICAS PÚBLICAS.....	30
POLITICA DE SALUD: ANTES DE LA REFORMA SANITARIA.....	31
REFORMA SANITARIA.....	32
GARANTÍAS DE DERECHOS.....	35
DERECHO A SALUD EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS.....	38
CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS... 40	
DISPOSICIONES QUE REGULAN LAS VISITAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS.....	42
SEXUALIDAD EN EL INTERIOR DE LOS RECINTOS MASCULINOS.....	42
CONCEPTOS Y TEORÍAS PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTOS.....	44
CAPITULO III CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	62
GLOSARIO.....	63
ARTÍCULO DE PRENSA “PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN LA EX PENITENCIARIA DE SANTIAGO” – POR VÍCTOR HUGO ROBLES.....	63
ENTREVISTA MARGARITA VALDÉS - JEFA DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA.....	70
ENTREVISTA RAMÓN REYES, SUD OFICIAL MAYOR (R) GENDARMERÍA DE CHILE, CDP SAN MIGUEL.....	75
ENTREVISTA CABO 1ERO C. BELMAR – GENDARMERÍA DE CHILE.....	76

RESUMEN

La presente tesina pretende dar a conocer cuáles son los protocolos de atención de salud para las Personas Privadas de Libertad (PPL) del Centro de Detención Preventiva (CDP) Santiago Sur en torno al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y la coherencia en la declaración de principios que realiza Gendarmería de Chile y la implementación de estos en torno a la prevención del virus.

El VIH/SIDA es una problemática social y no sólo relacionada con salud, haciendo necesaria una intervención integral que considere todas aquellas áreas que forman parte de este fenómeno. El primer caso notificado en Chile VIH/SIDA fue el 22 de agosto del año 1984, generando gran revuelo por la prensa nacional. Según lo expresado en el informe final de la consulta regional para América Latina y Caribe sobre VIH/SIDA en el medio carcelario realizada en el 2008¹, las prisiones son ambientes altamente vulnerables en lo que respecta a la infección por VIH. La prevalencia en estos sitios pueden llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general. Las dificultades de acceso a condiciones de salud, hacinamiento, violencia, son condiciones que configuran las cárceles como contextos de vulnerabilidad frente el VIH/SIDA.

Aquí es donde las políticas públicas juegan un papel primordial garantizando el acceso al tratamiento, pero por sobre todo a la prevención del virus dentro de un ambiente proclive a la infección.

En Chile, la Política de Salud aborda la infección en la Ley N°19.779 (Ley SIDA) además como la reforma sanitaria vienen a generar garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad de las prestaciones sanitarias predefinidas y que constituyen el núcleo del derecho constitucional a la salud reconocido en la Carta Fundamental, y que dicho derecho debe además asegurarse sin discriminación.

Frente a toda esta realidad el trabajo social, juega un rol fundamental en la línea de la prevención y tratamiento de la enfermedad, sobre todo con las personas privadas de libertad, entendiéndolas como un sujeto de derecho y que por esta razón se le deben garantizar los derechos establecidos en la ley.

PALABRAS CLAVES: PREVENCIÓN; VIH (*Virus de Inmunodeficiencia Humana*); SIDA (*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*); PPL (*Personas Privadas de Libertad*); CDP (*Centro de Detención Preventiva*); Gendarmería de Chile.

¹ Ministerio de Salud de Brasil: Consulta regional para América latina y el Caribe sobre VIH/SIDA en el medio carcelario. 2008.

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene como objetivo principal dar a conocer la enfermedad del VIH/SIDA desde la visión de personas privadas de libertad que viven en el Centro de Detención Preventiva (CDP) Santiago Sur de Gendarmería de Chile, específicamente se analizará la pertinencia y aplicación de los protocolos de prevención de VIH/SIDA administrados por Gendarmería de Chile y como estos se relacionan con las conductas de autocuidado que realizan estas personas.

El primer capítulo, dará cuenta del porqué es necesario abordar la temática del VIH/SIDA, comenzando con una visión histórica de cómo la enfermedad ha sido abordada por Organismos Internacionales en América Latina y a nivel mundial, y como estos entregan lineamientos para la formulación de medidas preventivas y de tratamiento de la enfermedad en nuestro país. Luego, se da cuenta de las estrategias utilizadas por Gendarmería de Chile, para aplicar estas acciones y como han abordado la prevención de esta enfermedad en las cárceles del país, también se muestra la situación de la enfermedad en el Centro de Detención Preventiva Santiago Sur, que será el espacio utilizado como centro de estudio para este documento.

A continuación, se fundamentará el rol profesional del Trabajador Social en la línea de prevención y tratamiento de esta enfermedad y las eventuales dificultades que puedan surgir desde el rol de educador. Así mismo, se entregara una referencia del contexto de la enfermedad con el fin de visualizar las causas y consecuencias que permitirá realizar una problematización de la situación del virus, para posteriormente formular los objetivos y limitantes que conlleva esta investigación documental.

En el segundo capítulo de este documento, se presentará el marco referencial que incluye propuestas teóricas, que permiten explicar las diferentes actitudes que asumen dentro del contexto del encierro las personas privadas de libertad, y como estas afectan el estado de salud de las mismas. Asimismo se muestran algunos aspectos que hacen referencia a la formulación de las políticas de salud en torno al VIH y como estas se relacionan con las garantías de derechos para la población.

En el capítulo final, se darán a conocer las conclusiones que se derivan del análisis de las fuentes bibliográficas consultadas, entrevistas con los informantes claves, y la discusión que se generó para la realización de este documento, y que no pretenden agotar la reflexión acerca de esta temática, sino más bien promover a nivel profesional y ciudadano un cambio de paradigma frente a la prevención del VIH/SIDA, en el que deben estar comprometidos y concientizados todos los agentes del Estado, los ciudadanos y las ciudadanas de este país.

Por último en los anexos del presente documento, se dará a conocer el relato de un ex reo que estuvo privado de libertad durante los años ochenta que manifestó cómo era la situación de vida dentro de las cárceles en esos años y cómo ese escenario fue generando las modificaciones en la gestión, en el accionar y en el trato hacia los presos por parte de Gendarmería de Chile, así como también la transcripción de las entrevistas realizadas a los informantes claves.

CAPITULO I
ANTECEDENTES GENERALES

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La preocupación por la propagación del SIDA en el medio carcelario por parte de los organismos internacionales, fundamentalmente la Organización Mundial de la Salud y su contraparte en la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, es bastante temprana respecto del inicio de la epidemia. En 1993, la OMS/OPS dan a conocer el documento: **“Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre la infección por el VIH y el SIDA en las cárceles”**, que reafirma lo expresado en los diversos documentos de Naciones Unidas referidas a los derechos de las personas privadas de libertad.

En el primer punto de los Principios Generales declara que *“...todos los presos tienen derecho a recibir una atención sanitaria, incluida las medidas preventivas, equivalentes a las que se presta en la comunidad, sin discriminación alguna, especialmente en lo que respecta a su situación jurídica o nacionalidad... y que los principios generales adoptados por los Programas Nacionales contra el SIDA deben aplicarse por igual a los presos y a la comunidad...”* (OMS - Organización Mundial de la Salud, 1993, pág. 16)

En lo que se refiere a Chile, las políticas sobre SIDA en recintos penitenciarios cuentan con un Programa Nacional de Control del SIDA en Recintos Penitenciarios (1995) y el Convenio Marco de Cooperación entre Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia (2007) que es la extensión de otro Convenio Marco firmado por las mismas entidades en el año 2002. El marco general lo entrega la Ley N° 19.779, que *“establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas”* (GOBIERNO DE CHILE, 2001, pág. 1)

Gendarmería de Chile desarrolla servicios y acciones de salud en apoyo a las personas reclusas. La institución cuenta con una organización interna que permite responder a los requerimientos de salud de quienes están privados de libertad.

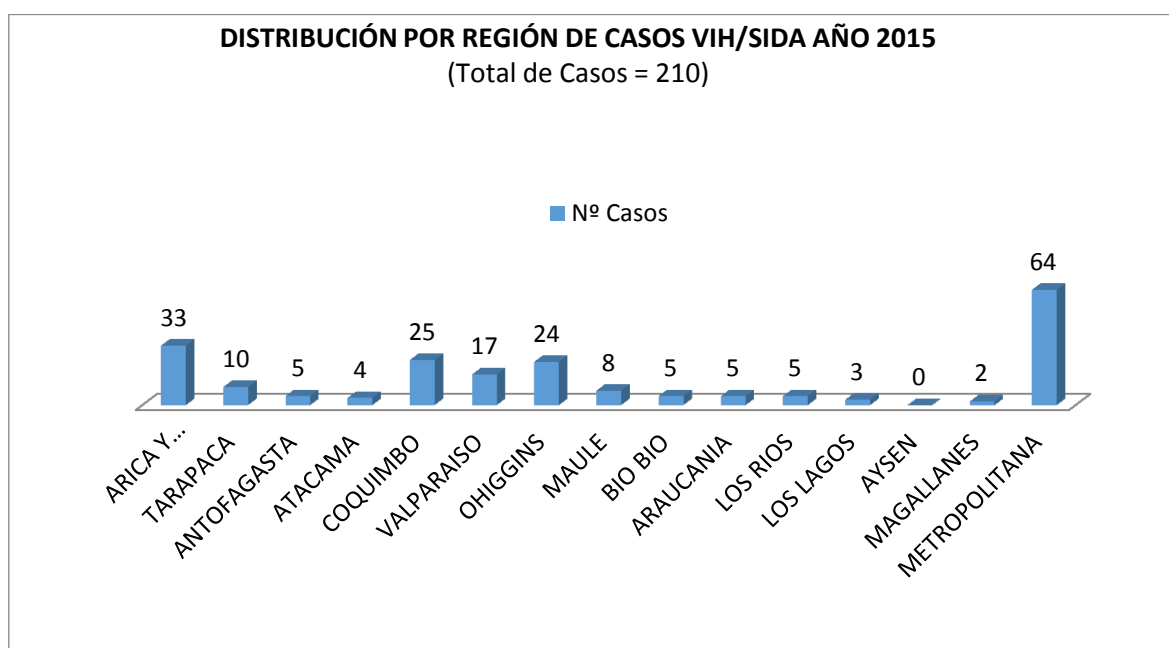
El Programa Nacional de Prevención y Atención del VIH/SIDA y ETS basa su implementación en la estructura del servicio y en la articulación con el sistema de salud. Un trabajo conjunto vino a potenciar la respuesta nacional al VIH y SIDA al interior de los recintos penitenciarios, mediante un Convenio de Colaboración entre Gendarmería de Chile y el Ministerio de Salud, toma en consideración que las personas privadas de libertad son una población especialmente vulnerable a las ETS y al VIH/SIDA, y que además, el personal de Gendarmería requiere estar capacitado para responder a las necesidades de dicha población. (MINISTERIO DE SALUD - MINISTERIO DE JUSTICIA, ENERO - 2002, pág. 6)

El programa de Gendarmería mediante recursos propios de la institución y de los proporcionados por el convenio con el MINSAL, ofrece acceso a especialidades médicas y clínicas necesarias para el control del VIH, SIDA y ETS, como de otras afecciones

relacionadas, como lo señala el informe de prevención y atención de personas que viven con VIH/SIDA de Gendarmería de Chile y MINSAL del año 2005. Para desarrollar la investigación se trabajará con la población penal de la Ex Penitenciaría –Centro de detención preventiva (CDP) Santiago Sur, que actualmente está diagnosticada con VIH/SIDA.

La información reportada por Gendarmería en el año 2011 indica que se registran 228 personas viviendo con VIH o con SIDA a nivel nacional, de las cuales 13 son mujeres y 215 son hombres, de estos 89 casos se encuentran localizados en los recintos penitenciarios de la Región Metropolitana, siendo el CDP Santiago Sur el que registra 37 personas privadas de libertad con VIH/SIDA.

Al año 2015, Gendarmería registra 210 personas viviendo con VIH o con SIDA a nivel nacional, de estos 24 son mujeres y 186 son hombres, de los cuales 64 casos se encuentran localizados en los recintos penitenciarios de la Región Metropolitana, siendo el CDP Santiago Sur el que registra 44 personas con privadas de libertad con VIH/SIDA. (GENDARMERÍA DE CHILE, 2015).



Se determinó trabajar con este CDP en específico debido a las características territoriales en donde está emplazado y donde se encuentra una muestra específica para la presente investigación.

Hasta la fecha se ha respondido a las necesidades de atención integral de quienes viven con el virus, otorgándoles la atención especializada, con el seguimiento a las situaciones serológicas de las personas atendidas, asegurándoles acceso a exámenes y a medicamentos, al mismo tiempo, que se ha promocionado el uso del condón. Un esfuerzo importante ha sido la formación de consejeros en VIH al interior de Gendarmería. Se trata de funcionarios de salud, uniformados y personal no uniformado que ha sido capacitado especialmente para cumplir esta labor. Esa iniciativa fue primeramente impulsada por la CONASIDA del Ministerio de Salud y posteriormente fue responsabilidad

exclusiva del Programa Nacional de Salud de Gendarmería de Chile. Así mismo persisten hasta hoy prácticas respecto de la aplicación del test de ELISA a los internos por parte de funcionarios del Programa Nacional de Salud de Gendarmería de Chile, aplicado sin consejería o sin consentimiento, a pesar de los esfuerzos del sistema de salud penitenciario y particularmente del Programa Nacional de Control de ETS y VIH/SIDA monitoreado por el MINSAL. (FUNDACIÓN SAVIA, 2012, pág. 3)

El espacio de la salud se constituye así en uno de los grandes desafíos para el Trabajo Social, particularmente en lo que se relaciona con el VIH/SIDA, ya que las dimensiones que ha adquirido la epidemia y la significación de las primeras construcciones sociales sobre el VIH/SIDA que se vinculaban a la homosexualidad masculina, y que luego incorpora algunas formas de estigmatización con las personas que desarrollan el trabajo sexual, las personas transexuales, quienes tienen más de una pareja sexual o con quienes usan algún tipo de drogas y factores sociales como pobreza, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia, son entre otros, factores que se encuentran íntimamente relacionados con los contextos de vulnerabilidad y el avance de la epidemia que atraviesan a la misma y demandan un abordaje que permita el dialogo constante con otras disciplinas intervinientes en la salud, para complejizar la mirada y abordar la problemática desde la totalidad, es decir, desde una mirada biopsicosocial y como un problema que afecta a la humanidad toda y que está atravesado no sólo por cuestiones biológicas, sino también sociales, económica y políticas. Ya que es un problema que no tan sólo afecta a la persona que vive con la enfermedad, sino también a todo su entorno familiar, es decir, se piensa que por cada recién notificado, existen otros tres como mínimo que viven la experiencia, y que al igual que el nuevo ser viviendo con VIH/SIDA debe recibir el mismo apoyo y contención emocional, por lo tanto, cuando se habla de VIH/ SIDA lo hacemos como un problema social. (Ph.D., 2011, pág. 49)

Es conocida que la desigualdad social y económica en Chile es real y que no es lo mismo ser un portador en una población en Renca o Conchalí, que un portador ABC1 en Chicureo o La Dehesa. No es lo mismo ser un vendedor ambulante de la calle, que una trabajadora sexual del barrio alto o una portadora transexual femenina que vive en la pobreza o marginalidad del sistema económico y social; o que un acaudalado empresario de Sanhattan (mixtura criolla para señalar el foco financiero de Santiago, aludiendo a Manhattan), que deja su tratamiento de salud en manos de las tecnologías y laboratorios de elite, viajando cada semestre a un centro hospitalario en EE.UU. o de algún país industrializado. (EL QUINTO PODER, 2016)

El VIH/SIDA como problemática social emergente, ha sido reducido a un inconveniente de salud por muchos años, haciéndose necesaria una intervención integral que considere todas aquellas áreas que forman parte de este fenómeno. Debido a las características sociales y culturales de la sexualidad, factor preponderante en la transmisión del virus.

Es por estas razones, que el profesional que se desempeñe en temas de salud, tiene un desafío mayor en su rol de educador y hace referencia a como educamos a nuestros usuarios, como aplicamos estrategias adecuadas para abordar el VIH/SIDA y las ETS, los Derechos Humanos, redes de apoyo y beneficios, entre otros. Debiendo considerar entre sus principios fundamentales, los determinantes sociales referidos a las necesidades propias de la población privada de libertad como las dificultades de acceso a condiciones de salud adecuadas, el hacinamiento, la violencia, la falta de información, son condiciones que configuran las cárceles como contextos de vulnerabilidad frente al VIH, así como también incluir, el desafío de reducir el estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA, en una perspectiva transversal, asumiendo que sin la inclusión de estas variables, los esfuerzos de enfrentamiento de la epidemia, difícilmente lograrán resultados efectivos.

El esfuerzo que debe enfrentar el Trabajador Social, debiera estar enfocado también en el rol promotor de la prevención que además caracteriza a la profesión. Desde esta perspectiva la labor del Trabajador Social apunta a generar espacios de prevención, especialmente el de la población de personas privadas de libertad que viven con VIH/SIDA, intensificando las intervenciones en donde se concentra la epidemia, para actuar efectivamente y evitar que la epidemia se generalice.

Respecto al estigma y discriminación que existente hacia la orientación sexual, a personas con VIH/SIDA y a personas privadas de libertad, hay una inmensa necesidad de aumentar los conocimientos, no solo en este aspecto, sino también en enfermedades mentales, migración y diferentes fenómenos emergentes de la sociedad moderna, esto es un desafío para el Trabajador Social, que debe enfrentarse a una nueva problemática no fácil de resolver, ya que la discriminación no sólo está en el sector de la salud, también se presenta en el ámbito familiar, laboral, educacional, a nivel de grupo y comunidad.

Este es un reto que debe estar contemplado en las mallas curriculares de trabajo social. En este sentido, es determinante que el trabajo social, en cada ámbito de intervención y específicamente en el de la salud, debe posicionarse como una disciplina que contiene una mirada profesional particular sobre la realidad que interviene, aunque no acabada, ya que se debe estar en continua construcción y revisión del saber hacer y saber ser, como parte de una responsabilidad del colectivo profesional, y porque así lo demanda la realidad. Es por esto que la presente investigación nos permitirá conocer si existen protocolos de prevención en VIH/SIDA y si estos cumplen las acciones preventivas de los privados de libertad que viven con VIH/SIDA en el CDP Santiago Sur.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se considera el VIH/SIDA como una de las principales enfermedades que afectan a la humanidad y el número de casos en el mundo sigue aumentando (Gutiérrez Villa, Menéndez Román, Úzanga Pestano & Álvarez Delgado, 2010). La epidemia del VIH/SIDA, propia de la postmodernidad, ha llegado para interrogar las formas de la sociedad globalizada en tanto sus políticas económicas, sociales y culturales, entre otras. Ello viene a poner a prueba, principalmente, los sistemas de salud y de educación de los gobiernos. También ha cuestionado el accionar respecto de las poblaciones más vulnerables como son los homosexuales, las/os trabajadoras/es del sexo, las/os usuarias/os de drogas inyectables y las personas que se encuentran privadas de libertad. El último informe ha revelado que cada día *“...más de 6.800 personas contraen infección por el VIH y más de 5.700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH”* (OMS - ONUSIDA, 2007, pág. 39)

VIH significa “virus de inmunodeficiencia humana”. El VIH es un virus que infecta las células del sistema inmune y destruye o deteriora su función. La infección con el VIH da como resultado una destrucción progresiva del sistema inmune que lleva a la “inmunodeficiencia”. Las personas con inmunodeficiencia son mucho más vulnerables a un amplio espectro de infecciones que el resto de las personas porque el cuerpo no puede combatir estas infecciones.

La palabra SIDA significa “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y describe el conjunto de síntomas e infecciones asociadas con la deficiencia del sistema inmune humano que resulta de la infección con el VIH. El nivel de células CD4 en el cuerpo y la aparición de ciertas infecciones se usan como indicadores de que la infección con el VIH ha progresado hacia el sida. Las enfermedades asociadas con la inmunodeficiencia severa se conocen como “infecciones oportunistas” porque se aprovechan de un sistema inmune debilitado. El VIH ataca y mata a las células CD4. Cuando no hay suficientes células CD4, los gérmenes que atacan al cuerpo humano para provocar enfermedades tienen más facilidad para hacerlo. En el contexto carcelario la más significativa es la tuberculosis que puede propagarse muy rápidamente en condiciones de hacinamiento.

El SIDA es la manifestación física del VIH, y tiende a traducirse en la discriminación a la persona que padece esta enfermedad. La mayoría de las personas que padecen SIDA se encuentran inmersas en un círculo cerrado en el que están incluidos todos los puntos citados, y que presumiblemente, en este caso, unos lleven a otros completando un círculo sin fin que sólo en determinadas ocasiones se rompe, cuando el apoyo social y la solidaridad hacen su entrada. Desgraciadamente, no siempre ocurre esto, y es en la mayoría de los casos cuando la enfermedad se convierte en un estigma social y los enfermos son tratados como los leprosos en la antigüedad, que eran señalados y apartados de la sociedad por miedo al contagio.

La exclusión social a causa del SIDA se expresa de múltiples maneras, algunas muy sutiles y otras demasiado evidentes para dejar de verlas. Pero todas las formas de exclusión social coinciden en un hecho que, aunque se conoce, es inadmisibles para cualquier sociedad o país democrático: la violación de los derechos humanos esenciales de las personas que viven o padecen la enfermedad, consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos suscritos y ratificados por la inmensa mayoría de los países del mundo (el derecho a la vida, a la salud, a la igualdad, al trabajo y a la educación).

La construcción social del SIDA significó, en el campo de la medicina, un enigma ya que se desconocía su naturaleza y forma de propagación (Kornblit & Méndez Diz, 1995). Así, la infección comenzó a asociarse a hechos que revelaban el funcionamiento de la sociedad, y se convirtió en un fenómeno social. Entre los términos que lo configuran se encuentran: factor de riesgo, grupo de riesgo, seropositividad, portador sano que se vincula con la culpa a estar infectado (Biagini & Sánchez, 1995) y negativizar (Kornblit & Méndez Diz, 1995). Durante mucho tiempo se englobó en los grupos de riesgo a homosexuales, prostitutas, travestis, consumidores de drogas pero, posteriormente, la concepción de una posible transmisión e infección fue atribuida a conductas de riesgo (Biagini & Sánchez, 1995).

La época en la que aparecieron los primeros casos de SIDA se denominó “*época negra de la epidemia*” y en este primer momento, el puente que conectaba con la vida, como el sexo y la reproducción, ahora se ligaba a la muerte (Reyero, 2005). Esta connotación comenzó a asociarse con campañas preventivas sostenidas en el miedo y difusión de datos erróneos por los medios de comunicación (Moreno Gil & Hurtado, 2009; Reyero, 2005). Por defecto, el estigma, se ve alimentado también, por las personas infectadas, que al interiorizar esas jerarquías morales deciden alejarse de las relaciones e interacciones sociales (Reyero, 2005). Por su parte, el estereotipo hace del virus del VIH una enfermedad estigmatizante, a través de su asociación con lo inmoral (Moreno Gil & Hurtado, 2009)

Los factores socioculturales del SIDA ejercieron un papel principal en el desarrollo de la epidemia y lo que está en juego es su construcción social, es decir, los significados que la población y los equipos de salud le asignan a la enfermedad (López, 2010) (PALERMO, 2008)

Chile no está ajeno a dicha realidad, los primeros casos de VIH notificados ocurrieron en 1984 en las regiones de Valparaíso, Bio-Bio y Metropolitana. Todos eran varones y se ubicaban entre los 25 y 42 años. Al año siguiente se notifica el primer caso en una mujer. Los datos disponibles en el documento “*Evolución del VIH/SIDA Chile, 1987–2006*” (MINISTERIO DE SALUD, 2007, pág. 2)

El 22 de agosto de 1984 fallece producto del VIH, Edmundo Rodríguez Ramírez, profesor homosexual de Maipú, provocando impacto en la opinión pública. La prensa de la

época, desatando alarma y pánico social, por el primer chileno diagnosticado de VIH y muerto a causa del VIH/SIDA tituló lo siguiente: “MURIÓ PACIENTE DE LA ENFERMEDAD RARA”, dijo por su parte el diario Las Últimas Noticias, “MURIÓ PACIENTE DEL CÁNCER GAY CHILENO”, tituló en portada el diario La Tercera, el jueves 23 de agosto de 1984, abriendo los fuegos de la realidad del SIDA en Chile.

Frente a lo anterior, Chile comienza a reaccionar con “La peste rosa” la desinformación general y una vida sexual activa entre homosexuales jóvenes sin prevención provocaron un aumento en el número de personas VIH positivas en Chile. “En los años ochenta había llegado la noticia desde EE.UU., pero era algo que “la gente no pescaba mucho”, dice Gustavo Hermosilla, agregando: “Los gays veían el SIDA como lejano, importado, por lo demás, no conocían a nadie. En esos años no se usaban condones.

El condón no estaba presente en la vida sexual. La sexualidad era absolutamente libre y compulsiva. Existían muchos parques en Santiago, siendo el más visitado el parque Forestal. Recuerdo que cuando se construyó el Metro de Santiago por Providencia, era correr y abrazarse”.

A nivel internacional se recibe información de la llamada peste rosa asociando la aparición de manchas rosas en la piel con la tendencia homosexual de la mayoría de estos primeros casos y de que estaba muriendo gente en Brasil, EE.UU., Europa, entonces “La homosexualidad se vivía más clandestinamente. Su expresión social se reducía a espacios privados protegidos, en casas de amigos o bien a lugares públicos puntuales que cumplían la función de guetos, discos, algunos pocos bares. Era casi imposible pensar en demostraciones de afecto en público”, recuerda Víctor Parra, activista del VIH/SIDA e integrante histórico de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA en los años ochenta.

En la década de los 80 el llamado “*El decreto de Pinochet*” es el primer antecedente en la legislación chilena en materias de normas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual es el Decreto Supremo N° 362, del 28 de septiembre de 1983, que trata sobre el reglamento de ETS² y cuyo artículo N° 2 define que “son enfermedades de transmisión sexual para los efectos del siguiente reglamento, la sífilis, la gonorrea, el linfogranuloma venéreo, el chancro blando y la uretritis no gonocócica”. Un año después, el 10 de septiembre de 1984, se promulga el Decreto N° 294, que modifica el N° 362 que es el que aprueba el Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, y que incorpora al Art. N° 2, a continuación de la expresión “el linfogranuloma venéreo”, la siguiente frase “el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”. Desde ese minuto el SIDA era asumido como enfermedad en el sistema de salud pública. La modificación de septiembre del año 1984 coincide con la muerte a causa del VIH/SIDA, un mes antes, del primer paciente en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, el primer caso conocido públicamente en Chile.

² Enfermedades de Transmisión Sexual

Por el decreto antes mencionado estaba señalado que la homosexualidad era una patología social comparada con las conductas de violación, estupro e incesto, estableciendo así una sombra de duda sobre la libertad de las personas homosexuales. Es evidente entonces que cualquier política de prevención del VIH/SIDA que se presentaba en esos momentos fundamentalmente entre la comunidad gay nacía teñida por una definición criminológica de la condición de minoría y/o disidencia sexual. En el entendido que en Chile se catalogaba como delito el estupro, incesto, sodomía simple, así como otros, el delito de ultraje público a las buenas costumbres.

Se sumaba a estas disposiciones la establecida en los artículos números 10 y 25 del texto. En el primero, referido al Título Segundo, se indica que: “cuando el Servicio de Salud compruebe la existencia de personas que se encuentren en períodos transmisibles de una enfermedad de transmisión sexual y se nieguen a dejarse examinar o tratar, serán obligados a ello, para cuyo efecto el Director del Servicio de Salud correspondiente podrá, si es necesario, hacer uso de las facultades que le confiere el artículo 25 del presente reglamento”. El artículo II del Título Quinto referido a las Sanciones, señala: “El Director del Servicio de Salud podrá, para dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en este reglamento, requerir directamente el auxilio de la fuerza pública de la Unidad de Carabineros más cercana”. Es decir, vivir con VIH/SIDA y ser homosexual en el Chile del año 1984 era definitivamente una amenaza, no tan sólo a la salud, sino a la libertad de caer en manos de la autoridad sanitaria y policial. (ELDESCONCIERTO.CL, 2016)

En los 90 con el retorno a la democracia generó todas las expectativas imaginadas de una sociedad que por más de una década vivió en las sombras y el terror. Entre estas expectativas estaban las relacionadas con el reconocimiento y valoración de diversas materias del desarrollo humano, donde recuperar el respeto, la dignidad y el ejercicio de derecho permitiera finalmente vivir en paz y en ambiente de normalidad. Así fue que con el retorno democrático, el Estado comienza una nueva etapa en el ámbito de la gestión e implementación de nuevos programas del área social. Salud es uno de éstos, y recoge las demandas de diversos sectores sociales a la vez que responde al deterioro que el sistema de salud sufrió en la etapa dictatorial. En este nuevo contexto político comienza a configurarse lo que será uno de los programas emblemáticos en materia de VIH/SIDA. Así es como, mediante Decreto Exento Nº 6, el Ministerio de Salud crea, el 4 de mayo de 1990 la Comisión Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), CONASIDA.

A la fecha, a nivel internacional existía, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Mundial del SIDA, cuya expresión regional se replicaba con lo que era la Organización Panamericana de Salud (OPS) y cuyo objetivo era promover la instalación de programas de SIDA en la región. Para esta instancia era clave que los programas creados para estos efectos estuvieran ubicadas lo más próximo a las estructuras de poder en la toma de decisiones, con lo que se aseguraría el respaldo y la eficiencia de éstos.

Esta declaración de intenciones quedó plasmada en el Decreto que crea a CONASIDA cuando se establece en éste que el presidente de la misma sería el Subsecretario de Salud a la vez que en su estructura se consideraba un médico cirujano para que actuará como Coordinador Ejecutivo del programa; un médico cirujano en calidad de Coordinador de la acción de las organizaciones no gubernamentales; un profesional nominado como Coordinador de los aspectos educativos para la salud; un médico cirujano que será designado como Coordinador de los aspectos clínicos y de laboratorio; y una enfermera que actuará como Coordinadora de la Comisión. (Decreto Exento N° 6 del MINSAL del 4 de mayo de 1990. Art. 2).

Los principios en los cuales actuaría la nueva política en materia de VIH/SIDA serían lo de participación, descentralización, equidad, inter - sectorialidad y una cultura centrada en las personas; y los principios éticos de derecho a la vida, la decisión en conciencia libre e informada, la privacidad y la confidencialidad, respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas, defensa de la solidaridad y rechazo a la discriminación. (MINISTERIO DE SALUD, 2016)

Como resultado del trabajo del equipo de profesionales en el diagnóstico de la situación del SIDA en Chile se definen, también, siete áreas organizacionales: Educación, capacitación y Comunicación Social; Epidemiología; Laboratorio y Banco de Sangre; Atención Integral; Aspectos Jurídicos; Organismos no Gubernamentales y Organizaciones Sociales; y Administración. Así las cosas los ejes que configuran la instalación de la CONASIDA eran: La perspectiva de derechos; y los protagonistas, es decir, los sujetos sociales que contribuyen con su experiencia política social al surgimiento de una nueva mirada y práctica de concebir la salud en Chile. (FUNDACION SABIA, 2016)

En la actualidad Chile, a través del Ministerio de Salud (MINSAL) para abordar el tema crea el "Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ETS". Para desarrollar la Política Pública de Promoción de la Salud Sexual, Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA y ETS para disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad, regulando, apoyando, monitoreando y evaluando la implementación de servicios y prestaciones de calidad, con un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado y cuyos ejes estratégicos son: Disminuir la transmisión del VIH y ETS a través de estrategias efectivas de promoción de la salud sexual y prevención en el contexto de los determinantes sociales de salud y Disminuir la morbi-mortalidad por VIH/SIDA y ETS, facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento. (MINISTERIO DE SALUD, 2016)

Además a través del Ministerio de Salud el 04 de diciembre del 2001, se promulgó la Ley N° 19.779 que establece las normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y crea la bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. Esta ley establece "disposiciones generales además de la prevención, diagnóstico, investigación y atención de salud de la población, incluye la no discriminación, sanciones y procedimientos para quienes infrinjan la presente ley". El art. 1 del capítulo 1 indica "La

prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional” que quizás para el foco de este estudio, no esté garantizado. (GOBIERNO DE CHILE, 2001, pág. 1)

En Chile hay un espectro de temas sobre los que es muy difícil lograr acuerdo. La educación sexual es uno de ellos. La estrategia comunicacional impulsada por el Ministerio de Salud para la prevención del SIDA incluía la difusión de cuatro avisos publicitarios que contaban la historia de una escolar, un homosexual, un hombre adulto, ama de casa, siendo la primera vez que la propaganda de este tipo incluía a una pareja homosexual. Tres canales de televisión se negaron a transmitir los "spots", cuestionando su contenido.

Por su parte, la Iglesia Católica criticó la campaña porque, a su juicio, se centraban en el uso del preservativo como método principal para evitar el contagio.

En general, la educación sobre SIDA es relativamente nueva en los países en desarrollo y en muchos países ni siquiera existe. Muchos políticos, directores de colegios y profesores siguen creyendo en verdaderos dogmas sexuales y creen, por ejemplo, que enseñar sobre el SIDA tendrá como consecuencia que los alumnos tengan relaciones sexuales prematuras. Un informe de 1997 realizado por UNAIDS³ "Efectos de la educación sexual en la conducta sexual de los jóvenes" mostró que este peligro no existe.

Muy por el contrario, la educación sexual les ayudaría a darse cuenta de las consecuencias de la experimentación sexual y a evitar embarazos tempranos y enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. A raíz de esta evidencia y del galopante aumento de las cifras de enfermos, muchos países en desarrollo están tomando muy en serio la educación sobre el SIDA como parte de su curriculum, usando en ocasiones, otros nombres, como "educación para la reproducción" o "educación de la salud".

Los recintos educacionales son el lugar ideal para que niños y jóvenes tomen conciencia del peligro del SIDA. Sin embargo, el tema es delicado y difícil de abordar con pocos recursos, lo que no absuelve de responsabilidad a nadie. Tanto padres como educadores tienen la obligación de explicar a los niños cómo protegerse de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo a los expertos, la edad ideal para comenzar la educación preventiva es alrededor de los siete años. A esa edad, los niños no tienen inhibiciones, se expresan libres y abiertamente en la escuela, comunican lo que aprenden al resto de la familia y son por tanto, excelentes agentes de comunicación. Comenzar la educación sexual en la enseñanza media es ya una intervención tardía. El objetivo de la educación sobre el SIDA

³ Sigla en inglés para ONUSIDA

es promover conductas responsables que prevengan la transmisión del VIH. El aprendizaje de estas conductas de prevención debe formar el contenido principal de este currículum.

No siempre manejar mucha información o estadísticas sobre el tema es útil para convencer a las personas de adoptar una conducta saludable de prevención. Lo que realmente se necesita es la motivación para actuar y las habilidades para traducir ese conocimiento en práctica. Un profesor debería, por ejemplo, ser capaz de entregar a los estudiantes estrategias para reaccionar frente a determinadas situaciones límite que pueden ser ocasiones de contagio y por tanto, riesgosas para sus propias vidas; a tener actitudes positivas y a aprender a reaccionar mejor frente al problema. Los jóvenes deben aprender a conocerse, a analizar cómo toman decisiones y cómo reaccionan frente a distintas situaciones. Demás está decir, que hay mucho trabajo por hacer, y que las personas están cada día más conscientes de la gravedad de este tema. Después de dos décadas de silencio, el tema del SIDA podría llegar finalmente al horizonte de la sala de clases. (EDUCARCHILE, 2016)

Es así como actualmente el MINISTERIO DE EDUCACIÓN (MINEDUC), ha comenzado a trabajar programas de estudios en los cuales incluyen el ramo de ORIENTACION principalmente en séptimo y octavo básico, donde se abordan temáticas como Identidad, pubertad, adolescencia, metas y propósitos personales, sexualidad y sus dimensiones. Sin embargo muchas de las materias de orientación estarán sujetas al proyecto educativo y formativo de cada centro educacional quienes cuentan con una visión y misión propia que da un sello a los contenidos entregados por cada establecimiento.

Lo anterior existiendo una política de salud y una Ley sobre el tema en Chile y un incipiente trabajo de educación en VIH/SIDA en las salas de clases, sigue siendo un tema delicado y que muchos prefieren no hablar ni asumir y la información que se tiene es nula y muchas veces errónea para la comunidad en general y grupos de riesgos los cuales están presente en todo ámbito de la sociedad.

Es así como se debe considerar a los privados de libertad, quienes también constituyen una población expuesta a la enfermedad, debido a diversas condiciones sociales y culturales, de vulnerabilidad específicas, se encuentran en la privación de libertad, la cultura carcelaria, las condiciones de higiene ambiental y la presión de grupos de poder al interior de los recintos penales cargan con la discriminación, la marginalidad, la desvalorización y estigma. A más de 30 años de los primeros casos registrados de SIDA, éste se ha constituido en una grave amenaza para el ámbito penitenciario, tanto para las personas privadas de libertad como los funcionarios uniformados; como también familiares y amigos de las personas privadas de libertad, dadas las condiciones de vulnerabilización en la que se encuentran los internos en los recintos penitenciarios teniendo en cuenta situaciones tales como hacinamiento, higiene, prácticas sexuales sin medidas preventivas, consumo de drogas, realización de tatuajes y perforaciones,

violencia con armas corto – punzantes, maltrato y discriminación.

Si bien es cierto, que al interior de las cárceles hay una serie de riesgos latentes que deben ser contenidos por el Estado y las instituciones a cargo de la ejecución penal, todos estos peligros deben ser prevenidos razonablemente por el Estado, para lo cual se debe adoptar una serie de estrategias para controlarlos. En tanto, la transmisión de enfermedades relacionadas con el ámbito sexual en las visitas conyugales o en la actividad sexual que se desarrolla en las visitas son una dimensión de la vida al interior de los recintos ya sea por la actividad sexual que se desarrolla en las visitas conyugales, así como también las agresiones sexuales entre los internos, que debe ser enfrentada por las instituciones a cargo de la ejecución penal, las que deben desarrollar estrategias para asegurar la salud de los PPL y del personal penitenciario (UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, Facultad de Derecho, 2008) cobrando relevancia los convenios intersectoriales de trabajo realizado entre MINISTERIO DE SALUD - CONASIDA Y MINISTERIO DE JUSTICIA - GENDARMERÍA DE CHILE, firmado el año 2002, iniciativa que marca la forma de abordar el tema de salud en personas privadas de libertad.

La importancia del VIH/SIDA en el medio carcelario está dada por la mayor prevalencia que existe al interior de los recintos penitenciarios en relación a la población general, por lo cual la población penal debiera ser considerada una población vulnerable y prioritaria para las políticas sobre VIH/SIDA en nuestro país.

Dado que se carece de estudios especializados sobre la prevalencia del VIH/SIDA, las cifras alcanzan un total de 51.244 personas en el sistema cerrado, lo que representa una tasa de prisionalización de 305 por cada 100.000 habitantes (Gendarmería de Chile), esto hace que la prevalencia del VIH/SIDA al interior de los recintos penitenciarios sea más alta que la prevalencia en la población general, es así como en Chile, tenemos un 1.9% de prevalencia en el ámbito carcelario, mientras que en la población general es de 0.05% de acuerdo a los estudios del Ministerio de Salud, y aunque las personas privadas de libertad son beneficiarios del sistema público de salud que garantiza acceso a medicamentos a toda la población, no es menos cierto que la población penal está sometida a un ambiente que la hace altamente vulnerable a la epidemia del VIH/SIDA como a otras enfermedades infecto contagiosas. Frente a esto se debe considerar la dimensión de la sexualidad al interior de los recintos penitenciarios que se da por el beneficio a venustorio y la sodomización consentida o forzada (violencia sexual), que constituyen factores de riesgos para contraer la enfermedad.

Las cifras son alarmantes ya que al año 2012, Gendarmería de Chile presentaba la no menos preciable cifra de 255 denuncias por violación y 225 casos de personas con VIH/SIDA, estas cifras son ampliamente cuestionadas, ya que no reflejan la realidad por cuanto se carece de estudios de prevalencia y de monitoreo de las políticas públicas, en este sentido Gendarmería de Chile juega un rol fundamental en la aplicación de protocolos, entendiendo como protocolo una serie de reglas y normas que deben cumplirse en un momento determinado.

Así, podemos entender el protocolo de prevención como un conjunto de pasos y normas que debemos ejecutar cuando existen ciertas situaciones, ya sean circunstancias de crisis o simplemente rutinas basadas en dicho protocolo. (importancia.org, 2016)

Un protocolo es importante porque permite estandarizar la atención y prevención con criterios uniformes que todos los funcionarios de Gendarmería deben seguir. De esta manera la atención a PPL logra ser más rápida si todos saben los pasos a seguir ante una situación específica, ya sea la realización de un examen, la atención frente a una enfermedad cualquiera o bien la reacción que se debe tener frente a una emergencia médica o traslado. El conocer, comprender e implementar un protocolo de prevención de VIH/SIDA específico para PPL, debe ser la norma en todas las instancias donde se brinden servicios de salud. Para el presente tema el protocolo es necesario porque permite a las autoridades proteger la salud pública identificando a quienes aún no han sido diagnosticados. También remueve el estigma asociado con el proceso de muestreo y ofrece acceso a servicios clínicos y de prevención de forma temprana a aquellas personas que resultan positivas al virus, la intención, a fin de cuenta, es reducir la propagación del VIH/SIDA.

Sin duda un protocolo puede proporcionar herramientas para la organización de la prevención del VIH/SIDA en las personas privadas de libertad en aspectos tales como: proporcionar el diagnóstico precoz, instituir el tratamiento en el momento oportuno, romper la cadena de transmisión, promover la adopción de prácticas seguras en la población en todos los ámbitos posibles en lo referente a las relaciones sexuales, prevención de las complicaciones, prevención de recurrencias de ETS y de nuevas ETS, promover la adhesión al tratamiento, promover calidad de vida, combatir la discriminación, asesoramiento jurídico, económico, psicológico y familiar.

El Trabajo Social no puede estar ajeno a la temática del VIH/SIDA mirándola como una construcción social, que agrupa elementos heterogéneos y diversos, y no como una problemática meramente biológica. Si observamos nuestra sociedad y buscamos en que se desenvuelve o desarrolla un Trabajador Social, podremos ver que el Profesional del Trabajo Social es multidisciplinario, capaz de integrar la mirada sociocultural y epidemiológica en un ambiente que posee códigos y expresiones no comprensibles para quienes desconocen las prácticas que se desarrollan en estos sectores posee una multiplicidad de roles, es un agente social en continua actividad que debe ser capaz de generar ideas y proyectos, ser un profesional proactivo, capaz de enfrentarse a las demandas actuales con una visión pluralista y holística, capaz de integrar todos los saberes adquiridos que son necesarios para acercarse a la compleja realidad como es la del VIH/SIDA.

Por la naturaleza ética del trabajo social es fundamental implementar las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos aportando desde la multifuncionalidad de la profesión, para ejercer su mandato sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos en colaboración con otros mecanismos democráticos, incluidos

el Estado, organismos públicos, privados, ámbito legislativo, jurídico, policial, las fuerzas armadas y las organizaciones de la sociedad civil. Debido a su posición pueden desempeñar un papel importante para promover una mayor colaboración estratégica entre una diversidad de actores para dar respuestas al VIH/SIDA en forma eficaces y basadas en los derechos.

El trabajo social en la intervención del VIH/SIDA debe constituirse además como posibilitador de la reflexión respecto de lo existente y lo necesario y básicamente entendiendo a la salud como un derecho humano, como resultado de las relaciones sociales y del devenir histórico-político, que debe ser respetado y garantizado por el Estado; para romper con la visión netamente biologicista de la enfermedad y desembarcar en cuestionamientos de las decisiones políticas que atraviesan a la misma.

Tal como lo señalan los principios que establece el código de ética del Colegio de Asistentes Sociales de Chile y la FITS en la declaración de principios, en donde indica que como profesionales se deben *“Reconocer el valor del ser humano como individuo, cualesquiera sean sus circunstancias, condición, raza, religión, opinión pública y hacer lo posible por fomentar en el individuo un sentimiento de dignidad y respeto propio”*. (COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES DE CHILE, pág. 1)

De esta forma es que la profesión se centra en las necesidades humanas y determina su convicción de que la índole fundamental de esas necesidades exige que se satisfagan, y no por decisión personal, sino como un imperativo de justicia básica.

Por ello, el trabajo social avanza hacia la consideración de los derechos humanos como el otro principio de organización de su práctica profesional. La transición de la orientación hacia las necesidades a la afirmación de los derechos se ha hecho imprescindible porque es preciso satisfacer las necesidades sustantivas tangibles. Una necesidad sustantiva puede traducirse en un derecho positivo equivalente y el goce de ese derecho es algo que se espera faciliten el Estado y las entidades; más allá del Estado, los trabajadores sociales tienen una función que desempeñar, reforzando esa solidaridad y haciendo que los principios consagrados en los textos de los instrumentos de derechos humanos se vayan reflejando gradualmente en la realidad, con lo cual se abrirá el camino hacia un mundo en el que se satisfagan las necesidades más urgentes y legítimas de la población. (FITS I. F., 2012)

Steven Shardlow, Doctor de la Universidad de Salford en el Reino Unido, explica que uno de los objetivos de hoy en día para el Trabajo Social a partir de la necesidad de ayuda, es proveer de justicia suficiente a los grupos vulnerables a partir de la promoción y entendimiento de los derechos humanos como requisito fundamental en el Trabajo Social.

En este sentido los profesionales del Trabajo Social aceptan una responsabilidad fundamental que es la de oponerse y eliminar las violaciones de los derechos humanos.

En la Agenda Global para el Trabajo Social y el Desarrollo se explica que uno de los objetivos de los organismos internacionales, ligados a la promoción del trabajo social, se encuentra en la protección y promoción de los derechos humanos, la justicia social y el desarrollo sostenible, ya que éstos son inseparables de los principios, ética, valores y práctica del trabajo social. (FITS F. I., 2010)

La intervención que realiza el trabajo social en las personas que viven con el virus y en su entorno familiar y cercanos es altamente valiosa, debido a que las consecuencias psicosociales del VIH/SIDA y considerando que se presenta como una pandemia, se realiza desde el nivel de “Profesionales de la Intervención”, cuya característica principal es construir su identidad a partir de las intervenciones sociales que desarrollan y por lo mismo, es de esta posición que estructuran sus aproximaciones y concepciones en torno a la realidad social que están abordando. Además este perfil desarrolla su itinerario profesional vinculado a procesos de gestión participativa e intervenciones comunitarias, con especial énfasis en el fortalecimiento de estrategias de desarrollo local y territorial. Dimensión que se constituye en un elemento clave para poder comprender la forma como los profesionales conciben las articulaciones entre investigación e intervención (RUBILAR, S/I, pág. 28)

Desde este punto de vista los principios de ética del trabajo social en cuanto a los derechos humanos, a las políticas sociales en materia de salud, la enseñanza del trabajo social y la investigación social, es colocar la problemática del VIH/SIDA como emergente en nuestra sociedad actual y que afecta todos los estratos sociales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y subdesarrollados.

De esta forma se insta a la acción de los trabajadores sociales en el ámbito del VIH/SIDA al mismo tiempo a una revisión de las prácticas de intervención y multiplicar las experiencias en este ámbito, a un debate sobre sexualidad y sus prácticas de riesgo, a informarse sobre la infección y su contexto general de intervención y a estar atentos a la evolución de la pandemia así como a su impacto en la comunidad.

A partir de lo anterior, se constata que la intervención del Trabajador Social, se constituye en el elemento articulante del nivel “Profesionales de la Intervención”, donde el quehacer profesional se nutre de la labor investigativa de otros trabajadores sociales u otras profesiones (RUBILAR, S/I, pág. 29), donde por la complejidad de la infección del VIH/SIDA, se obliga a desarrollar mayores conocimientos y habilidades que son necesarias para intervenir sobre ella, lo que ha exigido un trabajo multidisciplinario.

Es aquí donde lo social y la salud se unen, ya sea desde una perspectiva terapéutica o preventiva para abordar un problema que tiene consecuencias diversas sobre la vida de las personas infectadas y de su entorno. En este sentido, las prácticas sociales ejercidas en VIH/SIDA han movilizado las competencias generales del trabajador social así como aquéllas vinculadas a la especialidad de su campo de intervención, como por ejemplo: Comprensión de la persona, su ambiente y la infección; conocimiento de los

equipamientos, de los dispositivos legislativos o reglamentarios, de los grupos sociales de apoyo, de las redes asociativas y comunitarias.

Los Profesionales del Trabajo Social, también deben ser capaces, no sólo de estar en la segunda y tercera línea del perfil a los que se refiere Rubilar, que son la investigación y la intervención propiamente tal, deben posicionarse a nivel de expertos, Si los Trabajadores sociales están en la primera línea de acción, son los llamados a asesorar o participar en la creación y desarrollo de políticas públicas, que es s una deuda que tiene la profesión con la sociedad.

OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Se relacionan los protocolos de prevención de VIH/SIDA implementados por Gendarmería de Chile en las Personas Privadas de Libertad diagnosticadas con VIH/SIDA en el Centro de Detención Santiago Sur y las acciones de prevención que los internos portadores de VIH implementan?

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la relación que existe entre los protocolos de prevención que realiza Gendarmería de Chile y las acciones de prevención de la población penal diagnosticada con VIH/SIDA del Centro de Detención Preventiva Santiago Sur.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Identificar los protocolos que realiza Gendarmería de Chile en el ámbito de la prevención del VIH/SIDA dentro del CDP Santiago Sur.
- Describir las acciones preventivas para las PPL que viven con VIH/SIDA al interior del CDP Santiago Sur y su relación con la prevención del VIH/SIDA hacia sus visitas.
- Enunciar aportes desde el Trabajo Social para abordar en personas privadas de libertad la prevención en el ámbito conyugal, familiar, y su entorno más cercano.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Actualmente los organismos del Estado Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile que tienen relación con los centros penitenciarios, han estado en la palestra pública, por situaciones administrativas y de gestión interna que son de conocimiento público, lo que derivó en el cambio de autoridades tanto de Ministro y Jefe de Servicio respectivamente.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que la información referente al ámbito de la salud de las personas privadas de libertad, tienen un desfase de aproximadamente de un año lo que impediría acceder a datos actualizados de esta situación.

Otra limitación en nuestro estudio es que para acceder a los internos, no solo se requiere autorización del jefe del establecimiento de reclusión, sino que además se debe solicitar la autorización al tribunal que tiene el interno específico al cual se requiere entrevistar que está sometido a prisión preventiva, lo cual un trámite excesivo para los tiempos establecidos para la presente investigación.

CAPITULO II
FUNDAMENTACION TEÓRICA

EL VIH/SIDA EN CHILE

Los primeros casos de VIH notificados ocurrieron en 1984 en las regiones de Valparaíso, Bío-Bío y Metropolitana. Todos eran varones y se ubicaban entre los 25 y 42 años. Al año siguiente se notifica el primer caso en una mujer. Los datos disponibles en el documento "*Evolución del VIH/SIDA Chile, 1987-2006*" (MINISTERIO DE SALUD, 2007) que edita el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, revelan que las personas notificadas al 31 de diciembre de 2006 son 17.235 casos de VIH o SIDA y las personas que han fallecido a diciembre de 2005 ascienden a 5.288. Los análisis respecto de la epidemia comprenden la clasificación de acuerdo a vías de transmisión, mortalidad, sexo, grupo etario y escolaridad, principalmente.

Las tasas de notificaciones de VIH y de SIDA han experimentado aumentos a partir del año de inicio de la epidemia en Chile, aunque las curvas no siempre mantienen la misma tendencia. En el caso del SIDA, a partir de 1992, las tasas oscilan entre 2,6 y 3,5 casos por cien mil habitantes. Entre los años 2004 y 2006 se observa una disminución, más consistente entre los hombres, de 6.0 el 2003 a 4,4 casos por cien mil habitantes el año 2006 mientras que en el caso de VIH se observa un aumento sostenido hasta el 2003, año desde el cual se registra una tendencia a la disminución.

El grupo etario más afectado se ubica entre los 20 y 49 años. Aunque hay un aumento en todos los quinquenios en los diferentes tramos etarios, el que más aumentó fue entre los 30 y 39 años. En el caso de varones la etapa SIDA se concentra en este tramo, mientras que en mujeres es igual el tramo de 20 y 29 que el de 30 y 39 años. Respecto a la mortalidad, el 88% de ellas corresponde a hombres, siendo el grupo más afectado entre 30 y 39 años, seguido por la franja de entre 40-49 y de 50-59 años. En el caso de la relación mujer: hombre, se observa un descenso en dicha relación de un 8.3% por cada 100.000 habitantes en el 2004 a 5.4% en el 2005.

Un antecedente importante para la toma de decisiones respecto de la implementación de Programas de Prevención del VIH es conocer las formas de transmisión del VIH. En el caso de Chile, la principal exposición es la sexual con un 92% de tasa acumulada, siendo la vía homosexual la más declarada (45%). En el caso de SIDA, las vías de exposición homo/bisexual muestran una tendencia al descenso en forma sostenida, mientras que la vía heterosexual registra incrementos. En cuanto al VIH no se observan cambios en la exposición homosexual, pero en la vía de transmisión heterosexual se ha producido un aumento del 55% entre el primer quinquenio y el último. (MINISTERIO DE SALUD, 2007)

Desagregado por sexo, podemos ver diferencias significativas en la distribución de los factores de exposición. En los hombres la vía más frecuente es homo/bisexual con un 72%; mientras que en las mujeres es heterosexual lo que representa un 92% de los casos. La misma tendencia se registra tanto en SIDA como en VIH. De acuerdo a las cifras y tendencias descritas y que corresponden a un análisis de los datos entregados

por el Informe de la Situación de SIDA en Chile, podemos determinar que la epidemia del VIH/SIDA en nuestro país se caracteriza por ser:

- Mayoritariamente masculina, 83% de las personas notificadas son varones.
- Afecta a una población en plena etapa productiva.
- El grupo etario más afectado se encuentra entre los 20 y 39 años.
- Son personas que poseen educación media y superior por sobre la media de la población general.
- La principal vía de transmisión es la sexual con un 92% de los casos declarados

POLÍTICAS PÚBLICAS

En Chile con un modelo neoliberal y el rol subsidiario del Estado, que es no participar donde los privados pueden organizarse libremente y tomar decisiones económica y de inversión en el país, las políticas públicas se focalizan en los grupos más vulnerables del país, las que se pueden entender para fines de esta investigación como *“la acción o a la no acción gubernamental generada en respuesta a un determinado asunto o problema”* (FLORES CACERES, 2013).

El desarrollo de la política pública se manifiesta en la intervención del Estado en relación a una problemática social. Es por esto que la política social requiere de un análisis constante de la realidad social del país y reconocer las necesidades que presenta cada grupo, para hacer posible establecer desafíos, diseñar e implementar políticas, planes y programas sociales, para brindar protección social a las personas y grupos vulnerables, de este modo fortalecer el **“Sistema de protección social”**.

En Chile durante la primera década del siglo XXI, se introduce un nuevo tipo de políticas sociales, denominada **“Políticas de Protección Social”**, que tiene como fin atender las vulnerabilidades que enfrentan las personas y los hogares en el plano socioeconómico.

La primera de estas iniciativas y una de las más emblemáticas, es la reforma de la salud que instala garantías explícitas de atención para las enfermedades más importantes, con el fin de terminar con la incertidumbre de las listas de espera para los adscritos al sistema público de salud y a su vez terminar con el riesgo financiero que enfrentan los asociados a los seguros privados, entre otros. (LARRAÑAGA, 2010)

Las constituciones latinoamericanas más recientes han venido incorporando

normas específicas relativas a esta materia en el cumplimiento de los compromisos internacionales contraídos y que han sido suscritos por nuestro país. El debate acerca de la nueva Constitución pone urgencia en tratar de definir el Derecho a la Salud, porque son varios quienes plantean que debiera ser un derecho constitucional. En este contexto, ¿cómo se define el Derecho a la Salud que sería necesario garantizar?

En Chile se ha avanzado en la formulación de normas y mecanismos que permiten garantizar el acceso de toda la población a una atención médica de calidad, mediante la Ley 19.966 (2004) para un grupo seleccionado de patologías en función de su impacto sanitario y que representan más del 70% de la carga de enfermedad del país. (SANDOVAL, 2016).

Sin duda, el rol de las políticas públicas en salud es extraordinariamente importante en garantizar un buen estado de salud para todos y todas, y en superar las deficiencias en equidad que podemos constatar en el país.

POLITICA DE SALUD: ANTES DE LA REFORMA SANITARIA

La Constitución de Chile regula el derecho a la protección de la salud en el artículo 19 N°9, imponiendo al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Reconoce, a continuación, el derecho a elegir el sistema de salud estatal o privado al que acogerse. (CAMARA DE DIPUTADOS - GOBIERNO DE CHILE, 2016)

A primera vista, entonces, podría sostenerse que se contempla a la atención sanitaria sólo como un derecho negativo que implica la mera libertad de adquirir asistencia en el mercado de la protección de la salud, puesto que el único inciso que está garantizado judicialmente es aquel que reconoce el derecho a “elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”. Esto supone entender que el constituyente no haría consideración a la “necesidad” de atención médica en la línea de las legislaciones comparadas y de las teorías de la justicia igualitaristas como condición suficiente para recibir dicha atención sino que, por el contrario, se coloca a la capacidad de pago como único fundamento para acceder a los recursos sanitarios, lo que contraría las pretensiones de equidad propias de todo estado constitucional moderno.

Antes de la reforma, la jurisprudencia nacional en materia de derecho a la vida y su relación con el derecho a la protección de la salud no había construido aún una teoría coherente que permitiera una aplicación igualitaria de la garantía constitucional a los distintos casos que se le presentaban. Las normas que reglamentaban y desarrollaban el derecho a la protección de la salud garantizaban la entrega de prestaciones mínimas exclusivamente para salvaguardar la vida. En este periodo se difundió un estudio del

sector de salud que daba cuenta de que el número de prestaciones había permanecido prácticamente constante en esos años. Por otra parte, las encuestas de opinión pública señalaban que la población se sentía mayoritariamente insatisfecha con la atención médica y desprotegida ante los problemas de salud.

En efecto, la jurisprudencia de los tribunales superiores de justicia era contradictoria y confusa toda vez que las demandas de protección por acciones u omisiones que atentan contra la vida de las personas se resolvían, en general como en los casos de los testigos de Jehová, las personas con VIH/SIDA, los recurrentes para tratamientos de hemodiálisis y las huelgas de hambre amparando el derecho siempre y cuando ello no signifique gastos económicos importantes para el Estado. En materia de distribución de la carga financiera en salud, Chile estaba ubicado en el lugar 168 de entre 191 países considerados. (OMS, 2000, pág. 54)

REFORMA SANITARIA

En el gobierno de Aylwin, se tomó la decisión estratégica de recuperar la salud pública, a través de un programa de inversión y recuperación de las rentas de los y las funcionarios(as) del sector. En este sentido lo constituye la ley N° 18.469 que “regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud” y su modificación por la ley N° 19.650, del año 1999, que estableció para todos los centros médicos del país la prohibición de exigir dinero, cheques u otros instrumentos financieros para avalar el pago o condicionar de cualquier otra forma una “atención médica de urgencia”.

Para los demás casos, la regla era la prestación del servicio de forma limitada, de modo que las omisiones o negativas del Estado a entregar atención médica no se estimaban, por los tribunales, arbitrarias o ilegales a pesar de que se habría condicionado fuertemente el otorgamiento de las prestaciones de salud. En efecto argumentaba la jurisprudencia, “la ley N° 18.469, que regula el derecho constitucional a la protección a la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, señala en su artículo 11 que las prestaciones comprendidas en el régimen ‘se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan.

Luego, se entendería que se trataba de un derecho que no poseía contenido constitucional propio y que estaría falto de garantías. La modificación legal a la Ley 18.469 dispone que en los casos de urgencias médicas “se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención”.

Por último, la interpretación restringida del derecho a la protección de la salud tuvo consecuencias sociales significativas pues sería uno de los elementos que determinaron

la consolidación de los preocupantes resultados que Chile presentaba al año 2000 en la materia, según los datos de la Organización Mundial de la Salud.

En efecto, se revelaba la existencia de serios problemas de discriminación y equidad asociados a los altos índices de desigualdad tanto en el acceso a los servicios básicos como en los deficientes resultados de los indicadores nacionales que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad. En los índices de desarrollo humano en el ítem “equidad del sistema sanitario”, Chile aparecía con una de las peores evaluaciones del mundo, pues se tomó en consideración tanto la carga financiera que representa la salud para las familias como la desigualdad en la calidad y oportunidad de respuesta que ofrece el sistema.

La reforma de salud de los gobiernos de la concertación provino desde la perspectiva de los derechos garantizados en el acceso de Salud, la reforma tuvo por eje a la Ley AUGE⁴. Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud Ley N°19.966 que fue promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada el 03 de septiembre de 2004. Esta seleccionó un conjunto de patologías médicas, y definió garantías de oportunidad, calidad, y protección financiera. El AUGE rige también para los asegurados del sistema de atención de salud privada (ISAPRE). (LARRAÑAGA, 2010, pág. 32)

Después de la referida Reforma Sanitaria, la jurisprudencia tanto de la Corte Suprema como del Tribunal Constitucional permite defender la tesis de que nuestra Constitución y legislación común adhiere a los postulados del liberalismo igualitario apuntando a garantizar, de modo universal, un mínimo sanitario decente. Ello se concluye de las sentencias relatadas y de la norma constitucional que reconoce el derecho a la protección de la salud y que hoy poseería un nuevo contenido que armoniza con las obligaciones que se generan como contrapartida al derecho establecido en el artículo 19 N° 9 de la Constitución. El poder legislativo, por medio de la Reforma Sanitaria, al fin habría especificado tanto el núcleo del derecho (el “mínimo sanitario decente” conformado por las enfermedades GES vigentes) como sus garantías asociadas.

Si bien antes del AUGE la norma constitucional era vista como meramente programática al no disponer de un contenido claramente definido ni de mecanismo alguno de protección, puesto que la ley establecía que toda necesidad sanitaria se atendería con los recursos físicos y humanos de que se dispongan, en la actualidad es posible sostener que las garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y costo para el conjunto priorizado de prestaciones sanitarias predefinidas, constituyen el núcleo del derecho constitucional a la salud reconocido por la Carta Fundamental, y que dicho derecho debe además asegurarse sin discriminación. (FAJURI, 2011)

El AUGE contempla el VIH- SIDA dentro de las enfermedades crónicas señalando lo siguiente (MINSAL, 2010):

⁴ Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)

Garantía de tratamiento

Toda persona con diagnóstico positivo para el VIH tendrá acceso gratuito a tratamiento según indicación médica.

a) Inicio y cambio precoz de tratamiento

Se garantiza que dentro de 7 días desde la indicación por parte del médico tratante en los casos que corresponde, la persona con diagnóstico positivo para el VIH tendrá acceso al inicio precoz del tratamiento, lo que garantiza fármacos del esquema de primera línea.

b) Dentro de 7 días después de aprobación

Los casos que no requieren inicio o cambio precoz de tratamiento lo recibirán dentro de 7 días desde su aprobación por parte de la Subsecretaría de Salud Pública. Si presenta problemas con el tratamiento, el o la paciente tendrá derecho a cambio precoz de tratamiento, en no más de 7 días desde la indicación.

A través del Ministerio de Salud el 04 de diciembre del 2001, se promulgó la **Ley N° 19.779** que establece las normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y crea la bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. Esta ley establece “disposiciones generales además de la prevención, diagnóstico, investigación y atención de salud de la población, además de la no discriminación, sanciones y procedimientos para quienes infrinjan la presente ley”. Se destacan algunos artículos importantes para la presente investigación:

Artículo 1° La prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional. Corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.

Artículo 2°.- El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia. Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquéllos de mayor vulnerabilidad, como las mujeres y los menores.

Artículo 5°.- El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. La examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas

científicamente comprobadas como eficaces. Sin perjuicio de ello, respecto de quienes se hallaren privados de libertad Sus resultados se entregarán en forma personal y reservada, a través de personal debidamente capacitado para ello, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico. Serán aplicables en esta materia las disposiciones de la Ley 19.628 sobre protección de datos personales. El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales se realizará el examen, la entrega de sus resultados, las personas y situaciones que ameriten la pesquisa obligatoria y la forma en que se entregará la información de los casos de contagio a la autoridad sanitaria. (GOBIERNO DE CHILE, 2001)

GARANTÍAS DE DERECHOS

Un aspecto que se debe considerar en el presente análisis son las políticas públicas sustentadas en el enfoque de derechos, que reconocen a los y las ciudadanos y ciudadanas no como personas con necesidades que deben ser asistidas, sino como titulares de derecho, capaces por lo mismo de demandar del Estado determinadas prestaciones y conductas, en este sentido, se debería ser capaz de identificar, dentro de los diferentes componentes de la política pública, aquellos elementos asociados a los derechos económicos, sociales y culturales.(FLORES CACERES 2013).

El enfoque busca instalarse en la gestión pública como una herramienta metodológica que ilumina el diseño de la política, sin tomar partido por las estrategias ni por las opciones de política resultantes, preferencias que deja reservadas a los facultados para tomar decisiones en las sociedades y en los Estados, privilegiando la participación de los sectores estructuralmente discriminados, por ser las principales víctimas de la violación de sus derechos como consecuencia de su posición subordinada en las relaciones de poder.

Esto plantea un proceso de democratización permanente de la sociedad y del Estado en los ámbitos político, socioeconómico y cultural. Las políticas con enfoque de derechos apuestan por un Estado responsable, ampliamente legitimado y dotado de capacidad para fijar las prioridades del presupuesto nacional. (FORTUNATTI, S/I, pág. 33)

Las garantías de derechos son instituciones imperativas que deben ser obedecidas para satisfacer eficazmente las expectativas de realización de las personas. A su vez las garantías pueden clasificarse en primarias y secundarias. Serán garantías primarias, cuando se trate de obligaciones y prohibiciones que favorezcan a la persona que ostenta un determinado derecho. Serán garantías secundarias cuando se trate de obligaciones que se propongan reparar o sancionar el incumplimiento del derecho.

Por lo tanto, para ser efectivas, deben permitirle al beneficiario el acceso a las prestaciones, responder a los estándares de calidad establecidos, ser proporcionadas en los plazos oportunos, salvaguardando a quien no puede costearlas, mantenerse estables a lo largo del tiempo, estar abiertas a la participación de sus titulares, ser susceptibles de exigibilidad y reclamo, ser progresivas y ser actualizables. No siempre se da una consistencia entre derechos y garantías, las que se van colmando conforme progresan las sociedades y las instituciones. (FORTUNATTI, S/I)

Son derechos fundamentales todas aquellas expectativas de prestaciones o que comportan prohibiciones, compartidas universalmente por todos los seres humanos por su calidad de personas o que como titulares de derechos, les son reconocidos explícitamente por un ordenamiento jurídico.

Así, cuando el artículo 1º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, esto significa que el principio ordenador es la igualdad de todos, con independencia de la pertenencia a una nación y al estatus de ciudadanos que esta confiere. El derecho humano son aquellos de valor universal, como derecho a la vida, a la salud, a la educación, que protegen a todas las personas, sean ciudadanas o no y que tengan o no la capacidad de obrar. (FORTUNATTI, S/I)

Se hace necesario reconocer como el Trabajo social y los Derechos Humanos convergen en el fenómeno del VIH/SIDA especialmente en personas privadas de libertad. Si consideramos que el trabajo social haya sus diversos orígenes en los ideales humanitarios y democráticos, su práctica se ha centrado, desde sus comienzos, en la satisfacción de las necesidades humanas y en el desarrollo del potencial y los recursos humanos. El Trabajo Social es una profesión y disciplina, dedicada y comprometida al desarrollo social, cohesión, y empoderamiento de los grupos vulnerables. Principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva, y respeto por la diversidad son aspectos centrales para el Trabajo Social.

Es más, el Centro de Derechos Humanos de Naciones Unidas considera imperativo que las personas que participan en la enseñanza y la práctica del trabajo social se comprometan claramente y sin reservas en la promoción, prevención y la protección de los derechos humanos, así como en la satisfacción de las aspiraciones sociales fundamentales.

Los trabajadores sociales deben manifestar su preocupación por los derechos humanos a todos los niveles y en todo momento. Es importante recalcar que desde sus comienzos el servicio social ha sido una profesión de derechos humanos, al tener como principio fundamental el valor intrínseco de todo ser humano y como uno de sus objetivos principales el fomento de estructuras sociales equitativas capaces de ofrecer a las personas seguridad, desarrollo y manteniendo su dignidad. (ONU, 1995, pág. 34)

Para los Derechos a la atención en el ámbito de la salud, es necesario estar al tanto sobre los Derechos Humanos de los privados de libertad, en este sentido Gendarmería de Chile, como órgano encargado de cumplir con la prisión preventiva de los sujetos imputados por algún delito y ejecutar las penas, no puede estar ajeno de los cambios que se deben realizar para cumplir con la protección de derechos y garantías de la población sujeta a su custodia y control, creó la Unidad de Protección y Promoción de los derechos humanos, que depende del Director Nacional, según Resolución Exenta N° 2825/2014 del Director Nacional.

Esta unidad tiene como finalidad asesorar en la planificación y desarrollo de las políticas y planes en materia de respeto, protección y promoción de los derechos humanos y en la aplicación de los instrumentos internacionales de protección de derechos en la actividad diaria de la administración Penitenciaria y dentro de sus tareas se encuentran:

- ✓ A nivel nacional promover la construcción de una cultura que reconozca y promueva el respeto, protección de los derechos y garantías de las personas privadas de libertad.
- ✓ Coordinar y asesorar en las Subdirecciones, Direcciones Regionales, Escuela de Gendarmería y los Departamentos de la Institución, en el desarrollo e implementación de programas y planes orientados al cumplimiento de los DD.HH.
- ✓ Promover el desarrollo de actividades de capacitación en el marco de los DD.HH que incentiven su aplicación al interior del Servicio.
- ✓ Coordinar la entrega de información y colaborar en la elaboración de informes relativos a la materia, solicitados por organismos, tanto nacionales como internacionales encargados de observar su cumplimiento. (GENDARMERIA, 2016)

El Estado a través de sus poderes: Ejecutivo, legislativo y Judicial, debe velar porque las distintas situaciones que van en directo desmedro de las y los ciudadanos no se produzcan o sancionarse con la oportunidad exigida. Es así, que en una sociedad democrática los derechos y libertades inherentes a la persona, sus garantías y el Estado de Derecho constituyen una tríada, cada uno de cuyos componentes se define, completa y adquiere sentido en función de los otros.

Al respecto, el abogado chileno Roberto Garretón (Representante de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos para América Latina y el Caribe), señala: "...Y ciertamente deben estar presentes en dos dimensiones: a) en primer lugar, en la base de toda política pública de cualquier materia, y aquí hablamos de políticas públicas con perspectiva o enfoque de derechos; y b) específicamente, en las de promoción y protección de los derechos humanos en sí.

El jurista nacional toma el concepto derecho a la vida del desaparecido diplomático, penalista internacional y político uruguayo Héctor Gros Espiell "el derecho a vivir de una manera plena e integral... Ello supone el reconocimiento de su dimensión

económica y social. Las políticas públicas deben, por lo tanto, esforzarse en impedir las privaciones arbitrarias de la vida... pero también en lograr un nivel de vida adecuado para la persona y su familia...”.

DERECHO A SALUD EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Los reclusos conservan el derecho fundamental de gozar de una buena salud, tanto física como mental, traducándose en una atención de salud integral, cuyo nivel, como mínimo, sea el mismo que goza la población en general.

Los reclusos son un grupo vulnerable respecto del cual el Estado debe asumir la responsabilidad de cuidar su salud, considerando la promoción y prevención de la salud y el tratamiento de las personas privadas de libertad. La atención de salud de las personas privadas de libertad debe responder a las orientaciones y políticas emanadas de la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud, Servicios de Salud), considerando aspectos administrativos, técnicos, protocolos, procedimientos de traslados y derivaciones, autorización sanitaria de unidades de salud, trabajo intersectorial y sistema de registros y estadísticos. Esto permitirá que cada atención de salud entregada a las personas privadas de libertad se ajuste los estándares sanitarios que debe recibir cualquier ciudadano/a. Además permite que el personal de salud que trabaja en recintos penitenciarios responda a dichos estándares. La implementación de programas específicos de salud debe ajustarse a este principio.

Dentro de estos se pueden enunciar los programas de atención primaria, salud a grupos especiales como mujeres, adultos mayores y jóvenes, programas de salud mental y VIH/SIDA y TBC. Por ello, es requisito que cada persona que pasa a dependencias de una cárcel, sea sometida a un examen médico considerando tanto lo físico como lo mental, con el menor atraso posible. La atención al recluso se dará en forma gratuita, como también tendrá derecho a solicitar una segunda opinión médica, si no está conforme con los resultados del primer informe. Dentro de los recintos penitenciarios se dispondrá de un equipo de salud que conste al menos de un médico, enfermero, asistente social, psicólogo y técnico paramédico quien tiene la responsabilidad de lograr que se satisfagan las normas de salud adecuadas, mediante inspecciones periódicas y de la asesoría al Jefe de Establecimiento, acerca de la calidad de la alimentación, la calefacción, la

iluminación, la ventilación, el vestido, la ropa de cama y las oportunidades de ejercicio. Además, se deberá contar con instalaciones de salud y personal médico adecuado para proporcionar una gama de servicios. Los internos que no puedan recibir tratamiento en el recinto o presenten alteraciones o trastornos psiquiátricos o psicológicos, deberán ser trasladados a un establecimiento de salud especializado.

El sistema penitenciario cerrado genera factores de riesgos para la salud de las personas que se encuentran reclusas o aumenta la prevalencia de enfermedades, debido a la naturaleza del encierro. Una comunidad cerrada como es un recinto penitenciario, puede ser muchas veces perjudicial para el bienestar físico y mental de los reclusos; por esta razón, la administración penitenciaria, debe disponer de las condiciones que promuevan el bienestar tanto de los reclusos como de los funcionarios. La atención de salud de las personas privadas de libertad debe ser asumida por el personal sanitario calificado y especializado según corresponda. La atención debe ser pertinente y oportuna, en especial en casos de urgencia.

Se debe tener presente que existe un alto porcentaje de población penal, según datos de Gendarmería de Chile que se encuentra infectada con enfermedades como la tuberculosis, la hepatitis y el VIH/SIDA. Ante este escenario, la administración penitenciaria es responsable no solo de asegurar que toda persona que entre en prisión reciba un tratamiento de salud adecuado, sino que también debe salvaguardar que los reclusos, funcionarios y visitas no se expongan al contagio.

Los convenios internacionales nos dicen: *“Los reclusos sea cual fuese la naturaleza de su delito, conservaran los derechos fundamentales que los asisten como seres humanos, incluyendo el derecho de recibir atención médica física y mental del más alto nivel posible. Una serie de instrumentos internacionales específicos exponen con mayor claridad lo que implica la prestación de atención sanitaria a la que están obligadas las administraciones penitenciarias”*. Las unidades de salud que funcionan en los recintos carcelarios y las jefaturas técnicas a nivel local, regional y nacional del sistema penitenciario deben mantener un contacto permanente con los servicios de salud y los centros sanitarios públicos y privados que corresponda. (DDHH, S/I)

CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

La persona privada de libertad pierde el derecho a la libre circulación, pero conserva otros derechos que son inherentes a su dignidad y calidad de ser humano. Uno de estos derechos es que, a pesar de encontrarse recluido, el individuo no será objeto de injerencias o afectaciones arbitrarias de su vida privada, su familia y su correspondencia. Otro de los puntos importantes es garantizar el mejor acceso posible a la familia, como parte integral de un sistema que trate a los reclusos de manera humanitaria. El interno tiene derecho a mantener contacto regular con su familia, ya sea por medio de visitas o correspondencia. A su vez, este derecho no forma parte sólo del patrimonio del interno; sino que de los propios familiares, quienes tienen la facultad de exigir este derecho. Las visitas y en especial la de los familiares más próximos, no deben ser consideradas un privilegio, sino más bien un derecho humano básico. Por ello, toda limitación que se realice en conformidad con las normas reglamentarias, en cuanto a frecuencia o condiciones de la visita, deben ser justificadas caso a caso. La comunicación, con familiares o amigos, será bajo la debida vigilancia. Por otra parte, tampoco se pueden dejar de lado aquellas visitas tendientes a mantener el vínculo afectivo de pareja y la vida sexual de los propios internos. Las visitas íntimas buscan evitar al interior de los establecimientos penitenciarios el deterioro de las relaciones familiares y de pareja, su inestabilidad y la pérdida de lazos afectivos y conyugales; lo cual puede afectar gravemente el proceso de reinserción social del interno o interna.

Además del acceso a familiares y amigos, los internos suelen recibir visitas de miembros de ONG (Organismo No Gubernamental) u observadores de Derechos Humanos. Las visitas y comunicaciones con este tipo de personas, pertenecen a una categoría diferente. En tales casos, el Jefe de Establecimiento debe considerar cuidadosamente la justificación para cualquier restricción de acceso que pudiera provocar perjuicio para un interno o un grupo de ellos.

En conformidad a lo anterior, el interno debe mantenerse lo más cerca posible de su hogar, pues la cercanía con su familia es un factor determinante a la hora de decidir a qué prisión enviarlo. Bajo esta premisa, para las familias será más fácil acceder a tener contacto con su pariente encarcelado, fortaleciendo el objetivo de conseguir mejores resultados en los procesos de reinserción social.

Debemos recordar que la generación de lazos y el desarrollo de relaciones familiares están en la base del proceso de preparación para que la persona, voluntariamente, participe de la convivencia social, respetando las normas imperantes del sistema carcelario.

El derecho a asistencia letrada y defensa por parte de un abogado, es extremadamente importante para las personas privadas de libertad, como también, las condiciones que aseguren la confiabilidad. Por este motivo, la administración penitenciaria

debe otorgar las más amplias facilidades a los internos para que puedan contar con asesoría jurídica, la visita de abogado debe ser mantenida, en todo evento por los funcionarios del recinto. Siendo así, que los Jefes del Establecimiento no se encuentran facultados para suspender ni restringir el derecho de los internos a ser visitados por las personas a cargo de su defensa judicial.

Asimismo, el desarrollo de esta entrevista no estará impedida pese a que el interno se encuentre sancionado: ya sea, con suspensión de visitas o compelido a aislamiento o internación en celda solitaria o, cualquier otra sanción extraordinaria. Resulta importante destacar el grado de privacidad para el encuentro entre el interno y su abogado. En todos los establecimientos penitenciarios se habilitarán dependencias que reúnan condiciones de privacidad y comodidad indispensables para la atención profesional de los internos, para cuyo efecto, el personal de vigilancia prestará la necesaria colaboración.

Los internos deben poder enviar y recibir correspondencia con la mayor libertad posible y, si es viable, hacer y recibir llamadas telefónicas. La privacidad debe ser respetada al máximo, como derecho fundamental que asiste al interno en su calidad y dignidad de persona. Sin perjuicio de ello, la correspondencia enviada o recibida por los internos, será controlada con la única finalidad de detectar alguna irregularidad u observar la presencia de claves o pistas a temas delictivos que favorezcan la alteración del orden interno del Establecimiento, relacionadas con conductas terroristas, subversivas, de narcotráfico o crimen organizado.

Además, los internos deben tener la capacidad de mantenerse actualizados con los sucesos que tienen lugar en la comunidad; dicho de otra forma, deben poder acceder a conocer lo que sucede en nuestro país y en el mundo. La importancia de esto es poder contrarrestar los efectos anómalos de la vida penitenciaria, la prisionalización, el efecto criminógeno y el aislamiento del mundo exterior. Por tales razones, los internos deben tener acceso a libros, periódicos, revistas, radio y televisión, cuando sea posible. (DDHH, S/I)

DISPOSICIONES QUE REGULAN LAS VISITAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

El decreto N° 518 promulgado en 1998 por el Ministerio de Justicia, estableció el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios, cuyo párrafo 6° se denomina “*De las visitas*”, abarcando los artículos 49 al 57 y en los cuales, el texto legal identifica visitas ordinarias, extraordinarias y especiales.

Respecto a las ordinarias (art. 49), se señala que los condenados podrán recibir un máximo de 5 personas simultáneamente, a lo menos una vez por semana y por un lapso mínimo de 2 horas, reservándose la autoridad penitenciaria el derecho a identificar en un registro de visitas el nombre y el carné respectivo.

En cuanto a las visitas extraordinarias (art. 50), éstas constituyen una excepción, debidamente justificada por el interno y autorizada por el Jefe del establecimiento, y no podrán exceder los 30 minutos.

Finalmente, las visitas especiales (art. 51), pueden ser familiares o “*íntimas*”, “*si las condiciones del establecimiento lo permiten*”, a los internos que no tienen permiso de salida y previa solicitud al Alcaide. El texto señala que el interno debe especificar en su solicitud la relación de parentesco, “*conyugal o afectiva*” que lo vincula con la visita, y agrega que dichas visitas se concederán una vez al mes, con un mínimo de 1 hora y un máximo de 3. Más adelante, el artículo 54, recalca, con respecto a las visitas especiales, que éstas “*se llevarán a efecto en dependencias especialmente habilitadas*”.

No existe una explicitación respecto a encuentros íntimos de los reclusos con sus parejas; el término “*venustorio*” no aparece en el cuerpo legal, ni tampoco se hace alusión a internos hombres o mujeres. Sin embargo, las visitas íntimas mencionadas en el artículo 51 corresponden a esta categoría. No obstante ello, debe tenerse presente que la condición indispensable es la de contar con dependencias apropiadas para dicho efecto, cuestión que casi ningún penal en Chile cumple. (Biblioteca del congreso nacional de Chile departamento de estudios, extensión y publicaciones Santiago de Chile 11-2001)

SEXUALIDAD EN EL INTERIOR DE LOS RECINTOS MASCULINOS.

El aislamiento forzoso que experimenta el individuo procesado o condenado por la justicia trastorna todo su entorno social y muy especialmente, sus equilibrios emocionales, psicológicos y físicos. La reclusión implica para el interno una autoimagen de marginación y rechazo por parte de la sociedad al etiquetarlo de peligroso y someterlo a vigilancia permanente en recintos de “control total”.

La pérdida de relación con su entorno familiar, el constante estado de alerta por su integridad física ante el resto de la población penal y la privación de la intimidad de pareja, someten al interno a un alto grado de degradación, indignidad y frustración de la masculinidad (en el caso de reos varones). Si bien la magnitud del problema se concentra mayoritariamente en el segmento masculino, la población interna femenina también se ve afectada gravemente en sus interacciones sociales intramuros, la socióloga Doris Cooper citada en este trabajo indica que ha detectado una importante práctica de homosexualidad en los recintos penales femeninos, asociada a lo que denomina una homosexualidad situacional (fenómeno similar al que ocurre en los penales masculinos) ejercida por reclusas heterosexuales en su vida extramuros, pero que en situaciones anormales de reclusión desarrollan este tipo de lesbianismo dadas las carencias afectivas, emocionales y sexuales que padecen. Es por, esto que la ansiedad de la población masculina ante el celibato forzado se traduce en “soluciones” intramuros que implican la sodomización voluntaria o forzada.

Al respecto, la socióloga Doris Cooper se refiere a dos instancias de satisfacción sexual al interior de la población penal: la heterosexual, realizada por los internos con sus parejas durante las horas de visita y otra alternativa de carácter homosexual, aunque los internos involucrados nunca hayan tenido esa experiencia en su vida fuera del penal. En este sentido, los homosexuales habituales son aislados dentro de los penales, para evitar abusos de otros internos. Sin embargo, cuando ello no es posible, la integración deviene en la formación de parejas con internos no homosexuales “*aliviándose de esta forma la tensión sexual de ambos*”. Por otra parte, los denominados “*caballos*” corresponden a internos obligados por la fuerza a ser utilizados sexualmente, con la excepción de los delincuentes “*profesionales*” y los “*pesados*” (asaltantes con prestigio), protegidos de dicha amenaza por el código ético del hampa. La “solución” heterosexual se realiza de manera ocasional y subrepticia, los denominados “*camaros*”, carpas informales montadas por los internos durante las visitas o las facilidades que otorgan otros internos “*al disponerse alrededor de la pareja de manera estratégica para no ser observados durante la realización del acto*”. Estas circunstancias suelen ser toleradas por los gendarmes en atención a criterios de solidaridad humana, debido a la inexistencia de dependencias especiales. (Citada por Elías Escaff, en: *Cárceles en Chile: consideraciones respecto a las drogas, alcohol, sexo y V.I.H.* Revista chilena de ciencia penitenciaria y de derecho penal, marzo-diciembre 1995, N°21, p.56 2 Escaff, Elías. Op.cit. p.57)

El psicólogo Elías Escaff señala que dicha práctica, las carpas informales, comenzó a desarrollarse entre la población de presos políticos, generalizándose posteriormente al resto de los internos. Advierte, sin embargo que se ha detectado en algunos recintos penales la existencia de redes de prostitución encubierta, con entrada de jóvenes que comercializan su cuerpo, encubiertas en las horas de visitas. El grave problema de esta práctica es el surgimiento de mafias internas que manejan estas redes de prostitución, en directa relación con organizaciones delictuales externas. El estudio de Doris Cooper, citado por Escaff, señala que un 55% de los internos dice tener muy ocasionalmente relaciones sexuales con sus parejas.

Este porcentaje varía dependiendo de las instalaciones del recinto y de la tolerancia de las autoridades. También señala que entre un 20% y un 50% de los internos tienen permanentemente relaciones sodomíticas y un 2% reconoce haber sido violado. Añade, por último que *“un 98% de los internos condenados declara que los Venustorios o Visitas Conyugales resultan la única alternativa racional, humana y viable de solución a las formas alternativas actualmente existentes de comportamiento sexual intrapenitenciario, que como se ha demostrado, resulta un alto grado de peligrosidad respecto de la propagación del SIDA y del aprendizaje de comportamientos sexuales dañinos (“caballos”)...”*. (Cooper, op cit. P.58).

CONCEPTOS Y TEORÍAS PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTOS

Las aproximaciones teóricas más utilizadas en los proyectos de comunicación en salud, consiste en las concepciones que llevan a cambios conductuales o de comportamiento. Múltiples teorías han sido elaboradas sobre el por qué los individuos se comportan de determinada manera en relación con su salud, con la utilización de la oferta de servicios de salud, adquisición de hábitos, modificación de conocimientos, actitudes y en última instancia, con los comportamientos saludables. Sin embargo, existe cada vez más consenso de que hay un número limitado de variables que necesitan ser consideradas al momento de predecir o comprender una conducta.

Las variables a considerar vienen de tres teorías que han sido ampliamente usadas y que tienen una influencia significativa en la investigación sobre conductas de salud: **el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de Aprendizaje Social, la Teoría de Autocuidado y la Teoría de la Acción Razonada.**

La corriente del conductismo clásico representado por Pavlov y Skinner otorga especial importancia a los estímulos ambientales y las respuestas observables. De otro lado, la **Teoría del Aprendizaje Social** de Bandura, va mucho más allá y supone un punto de encuentro entre el conductismo y el cognitivismo (neconductismo). Aquí se aprende por la observación de los otros. Es otra persona la que realiza la acción y experimenta sus consecuencias. Bandura da importancia al pensamiento, en la medida que considera que el individuo responde a una situación conforme el significado que le otorga él mismo y esto es cierto tanto si éste está implicado en la acción como si no.

Es así como en el contexto de vulnerabilidad de los centros de detención preventiva, esta teoría es llevada a cabo por los internos sin cuestionamiento alguno, ya sea por presión u obligación (relaciones sexuales forzosas), la acción de prevención que se pudiera esperar por parte del sujeto que cuestiona esta teoría, sería que si va a tener relaciones sexuales dentro del CDP fuesen protegidas con el uso adecuado del preservativo.

El cambio de conducta saludable en un individuo podría ser fácil, si no hubiese impedimentos difíciles de superar. Los facilitadores y las barreras que la gente percibe en el cambio de conducta es otro de los determinantes para los cambios de comportamiento en salud.

Del mismo modo, existe otra teoría que trata sobre los cambios de comportamiento, el **modelo de Creencias en Salud**. Este modelo supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que adoptan en relación con la salud de manera positiva o negativa, influyendo en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone. Aquí, un estímulo pone en evidencia las creencias de la persona e inicia un proceso de cambio. Sin embargo, este modelo no tiene en cuenta la vulnerabilidad de la toma de decisiones individuales frente a un contexto desfavorable.

De acuerdo con este modelo, existen dos factores importantes que influyen en la posibilidad que una persona adopte un cambio recomendable de conducta en salud: primero, la persona tiene que sentirse susceptible hacia las consecuencias severas o serias de una enfermedad. Segundo, la persona tiene que creer que el asumir las acciones recomendadas, éstas compensarían las barreras percibidas para desempeñar una acción preventiva. Adicionalmente, el modelo reconoce, que el número de eventos, por ejemplo (conocer que otra persona está enferma, la exposición a las campañas de los medios de comunicación, u otras informaciones), puede servir como un estímulo a la acción.

La teoría del autocuidado explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: *"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.*

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Esta teoría viene a complementar el modelo de creencias en salud, y las conductas de los reos dentro de contexto de vulnerabilidad del CDP. Entendiendo como las conductas, la solicitud de preservativos por parte de los reos a Gendarmería de Chile, solicitud de test de Elisa, de atención de salud, entre otra.

La teoría de la Acción Razonada sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta.

La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: la actitud personal hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos

positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta) y/o las normas subjetivas del individuo acerca de la conducta (la percepción personal, que él tiene de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar). Las actitudes son una función de las creencias conductuales (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y sus procesos evaluativos (las evaluación de esos resultados). Las normas subjetivas son vistas como una función de las creencias normativas (las creencias que una población y/o individuo piensa que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y las motivaciones para obedecer, es decir, hasta qué punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él haga.

Vale la pena señalar, que una extensión de la teoría de la Acción Razonada, es la teoría de La Conducta Planificada, que incluye conceptos de agencia personal y control percibido de la conducta. Más específicamente, de acuerdo con la teoría de la Conducta Planificada, el control percibido de la conducta es visto como un factor que influye directamente en la intención y en la conducta. (Texto “Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias”, Mario Mosquera, Ph.D. Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud 2003)

Se ha demostrado que la entrega de información aumenta el nivel de conciencia en términos de los posibles riesgos que puede asumir una persona, aumentando la percepción de vulnerabilidad y así comenzar a tener conductas preventivas. Es así como el Modelo de Creencias de Salud y lo propuesto por Bandura quien señala que la presencia de desconocimiento y creencias erróneas en torno a la enfermedad afectan la autoeficacia de las personas en la adopción de estrategias de prevención. De esta forma, una intervención efectiva en VIH que busque el cambio conductual, debe incluir la entrega de información a nivel de conocimiento en torno a conductas de riesgo que pudieran originar un posible contagio de VIH y que la información debe además de acompañarse de la entrega y ejercicio de herramientas efectivas en prevención. (John L. Peterson, 2000)

En el ámbito carcelario podríamos entender esta teoría desde la actitud que pudiera tomar un reo frente al comportamiento de otro, de manera de modificar su propia conducta en virtud de sus valores y principios y como desea planificar su futuro. Esta acción sería el inicio de la Reinserción, que el privado de libertad comprenda que lo que lo llevo a estar recluso es un error que debe enmendar y mejorar su forma de actuar, es en ese momento donde de manera inconsciente/consiente genera una estrategia para realizar acciones, como estudiar, trabajar, tener buena conducta con el fin de obtener beneficios y lograr la Libertad condicional.

CAPITULO III
CONCLUSIONES

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) llegó a nuestro país en los años ochenta como sociedad y debido a que en un comienzo la enfermedad se asociaba a grupos fuertemente cuestionados desde su condición moral y sexual, enfrentando el estigma y la discriminación que recae sobre las personas que viven con el virus o que han desarrollado la enfermedad del SIDA. Contemplando la muerte social que han sufrido las personas que enfrentan en la mayoría de los casos, abandono, soledad e incluso un trato inhumano.

La enfermedad del VIH/SIDA sacó una fotografía de nuestra sociedad y ha mostrado lo peor de ella, es por esto que se han generado movimientos sociales que se transformaron en Organizaciones No Gubernamentales para trabajar el tema. Así mismo, el Gobierno de Chile tuvo una respuesta activa frente a esta epidemia, comparativamente con otros países, dando vida a la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) en el año 1990.

Sin embargo, actualmente y a pesar de los esfuerzos llevados a cabo tanto por las entidades de Gobierno como por la sociedad civil, el número de personas viviendo con VIH/SIDA en Chile se ha mantenido en aumento, el año 2011 se presenta la mayor tasa de notificación del período, que para SIDA es de 6,0 por cien mil habitantes y para etapa VIH de 9,6 por cien mil habitantes. En el 2012, la tasa se mantuvo relativamente estable, siendo el principal grupo poblacional afectado el de adultos entre 20 y 39 años, según lo registrado por el Departamento de Epidemiología - División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile en Diciembre 2013. Esta cifra se ha modificado durante los últimos tres años bajando la prevalencia del virus a jóvenes de entre 15 a 29 años, datos otorgados por MUMS (Movimiento por la Diversidad Sexual) (Bravo, 2015)

El primer fallecido a causa del VIH/SIDA en Chile fue en agosto de 1984. En los años noventa era impensable considerar el acceso a medicamentos en forma oportuna, de calidad y con protección financiera, garantizados por Ley de la República, derecho conquistado sólo en la década del 2000.

Esto queda de manifiesto en la entrevista realizada a la Señora Margarita Valdés, Jefa de Atención al Usuario del Hospital Clínico San Borja Arriaran, *“Mi relación con personas infectadas con VIH se remonta al año 1986, cuando recibimos el 1er paciente que ingreso a un servicio público del país hospital Paula Jara Quemada, llegó un hombre Chileno que vivió y trabajo en el amazonas de Brasil. Llego a la consulta del médico sin seguro médico y en etapa sida, por lo tanto no había tiempo para realizar ninguna acción desde la seguridad social, pero desde la perspectiva social-familiar si había mucho que hacer. La esposa no tenía mayor conocimiento de la situación médica del marido y le toco vivir una etapa muy difícil, como no tenía previsión, se le dio la “tarjeta de indigencia”. Estuvo seis meses hospitalizado, compartimos con la familia todos los problemas que tenían que ver con la discriminación por parte de los funcionarios del hospital por el desconocimiento propio de la enfermedad en aquella época, y en un establecimiento*

público que en ese tiempo estaba habilitado para atender pacientes sólo con insumos esterilizables, (jeringas de vidrio, batas de género, sábanas reutilizables), pero con la llegada de este paciente todo el material que se utilizaba con él se debía eliminar.”

Hoy en día los tratamientos están garantizados por ley, pero es la pandemia no disminuye su avance, con una ciudadanía que no asume conductas de autocuidado, donde la vulnerabilidad y desamparo de personas que viven con el VIH/SIDA ante el atropello en ocasiones de sus derechos, sin duda exige mejores respuestas tanto desde las políticas públicas como del entorno social.

Si bien, la sociedad civil se ha organizado en materias relacionadas al VIH/SIDA, esta no sólo debe buscar soluciones parciales para problemas locales, sino también debe monitorear y fiscalizar las respuestas nacionales, muchas de ellas centradas en políticas públicas del Estado de Chile. Sin duda esto refleja que hoy existe una prevención poco eficaz de la transmisión del virus y por ende da cuenta de la necesidad de un mayor trabajo en la lucha contra el virus, esto desde una mirada de la enfermedad en términos generales para la población libre que puedan tener acceso a servicios de salud, organizaciones públicas y privadas que trabajan sobre el tema.

Pero el contexto de la enfermedad cambia cuando hablamos de personas privadas de libertad, ya que existen factores de poco acceso a condiciones de salud adecuadas, el hacinamiento, infraestructura inadecuada, carencia de luz natural y de ventilación, de higiene, aseo, violencia y falta de información, son condiciones que configuran a los centros penitenciario como contextos de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Además, como las dinámicas y relaciones que se tejen al interior del establecimiento penitenciario, hacen que este entorno se constituya en sí mismo como un espacio social que adquiere características particulares y normas de funcionamiento tanto explícitas como implícitas, que deben ser acogidas por quienes ingresan al recinto.

Estos recintos son un espacio contenido en un entorno social más amplio, existen comprensiones interconectadas desde la historia de cada uno de las personas privadas de libertad, ya que al ingresar a la cárcel, ya tienen apropiados una serie de construcciones sociales que ponen en juego, adaptan o reconstruyen en función al nuevo entorno. Es por esto, que en el contexto de reclusión aumenta la vulnerabilidad de las personas frente a la enfermedad de VIH/SIDA, si se tiene en cuenta situaciones tales como hacinamiento, higiene, prácticas sexuales sin medidas preventivas, consumo de drogas, realización de tatuajes y perforaciones, violencia con armas corto – punzantes, maltrato y discriminación. Esto sumado a las características de la cultura carcelaria como lo señalado en estudios que evidencian que “hay mucha ignorancia respecto al VIH, de esto deriva el temor de reconocerse como persona que vive con el virus, quienes se conocen como personas que viven con VIH o con SIDA, son fuertemente estigmatizados por sus pares y por algunos funcionarios. Las formas de estigma comunes son el aislamiento, la burla, considerarlos a todos “gays”, pudiendo por esa causa ser objeto de abusos sexuales. Debido a todo esto, muchos esconden su realidad de ser VIH positivo y se niegan a realizarse el test e incluso a recibir tratamiento” (FUNDACION SABIA, 2016)

Esto es ratificado por los dichos del funcionario Cabo primero Sr. C. Belmar que se desempeña en la Unidad Especial de Máxima Seguridad de Gendarmería de Chile quien expresa que “...por la población penal cualquier persona que padece de VIH, estos tienen un cuidado único con el que la padece, es decir, no comparten sus cosas entre ellos o simplemente lo aíslan por miedo al contagio o agresión por el interno infectado a un tercero... “. “Por parte de los funcionarios, se tiene más precaución ya que las personas que viven con el VIH, durante el tiempo su figura corporal física va decayendo por la enfermedad ya avanzada, también por parte de la jefatura de unidad, mantienen un informe de los internos que padecen del VIH, y en un lapso de tiempo son examinados de forma periódica, además en las unidades penales existe una segregación de la población penal.” En tanto el Sub Oficial Mayor en Retiro R. Reyes señala que al existir sospecha de VIH, “...se envía al interno al hospital penal para realizarse el test de Elisa, en el caso de Santiago...”

A nivel mundial, la epidemia del VIH genera múltiples situaciones de inequidad, estigma y discriminación (Levy y Kates, 2000), la cual se ve aumentada en la personas privadas de libertad, ya que supone la convivencia de un gran número de personas en un espacio reducido, con poca o nula libertad de movimiento, donde existe hacinamiento y sobrepoblación. En tales contextos han sido descritos una serie de problemas específicos que pueden significar riesgo sanitario (Coyde, 2009).

Analizada la información oficial de Gendarmería de Chile, además de bibliográfica relacionada en materia de salud y específicamente la relacionada con VIH/SIDA el organismo oficial declara lo siguiente: Al ingresar las personas a los recintos penitenciarios, la atención médica consta de un chequeo, además de exámenes específicos como del VIH que se realizan entre el laboratorio clínico del hospital penitenciario y el ISP.

Para las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, se asegura la entrega los fármacos para el tratamiento antirretroviral (TARV) distribuidos y monitoreados por el programa regional a cargo de los respectivos Servicios de salud. El tratamiento de la enfermedad está cubierto según Ley N°19.779 (Ley SIDA), que regula y dicta protocolo respecto del manejo de la confidencialidad y voluntariedad del mismo, y tratamiento TARV.

En cuanto al tema de educación y autocuidado en personas privadas de libertad Gendarmería de Chile declara que la prevención está centrada en actividades educativas grupales y personalizadas por consejerías, que tienen por objetivo promover cambios de conducta adecuados para evitar infectarse con el VIH y sensibilizar en las medidas de auto y mutuo cuidado para la población general privadas de libertad.

También en estas actividades de prevención constituyen una instancia de acceder al examen ELISA para el VIH. Cabe destacar, que desde Gendarmería de Chile, además

según lo revisado e investigado bibliográficamente, se puede señalar que se carecen de estudios especializados sobre la prevalencia de VIH en recintos penitenciarios en Chile. Aunque las cifras alcanzan un total de 51.244 personas en el sistema cerrado, lo que representa una tasa de prisionalización de 305 por cada 100.000 habitantes (Gendarmería de Chile), hace que la prevalencia del VIH SIDA al interior de los recintos penitenciarios sea más alta que la prevalencia en la población general, es así como en Chile, tenemos un 1.9% de prevalencia en el ámbito carcelario, mientras que en la población general es de 0.05% de acuerdo a los estudios del Ministerio de Salud, y aunque las personas privadas de libertad son beneficiarios del sistema público de salud que garantiza acceso a medicamentos a toda la población, no es menos cierto que la población penal está sometida a un ambiente que la hace altamente vulnerable a la epidemia del VIH como a otras enfermedades infecto contagiosas.

Para trabajar los objetivos específicos de la presente Tesina, se tuvo acceso al Informe Final de Recintos Penitenciarios en Gendarmería de Chile, realizado por la División de Auditoría Administrativa, área Administración General y Defensa Nacional de la Contraloría General de la República, también entrevistas con informantes claves como funcionarios uniformados de la institución activo y en retiro.

En relación al objetivo específico N° 1 "*Identificar los protocolos que realiza Gendarmería de Chile en el ámbito de la prevención del VIH/SIDA dentro del CDP Santiago Sur*" se puede concluir lo siguiente: en relación a identificar los protocolos de prevención en VIH/SIDA que realiza Gendarmería de Chile en el CDP Santiago Sur, se puede señalar que el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios que se encuentra aprobado por el Decreto N° 518 de 1998, del Ministerio de Justicia, no establece condiciones especiales para los internos que padecen VIH/SIDA, dado que este decreto es de data más antigua que la ley, señalando en términos generales, que los detenidos deben contar con asistencia médica e indica el protocolo que debe seguirse en los casos de las personas enfermas en general.

Sin embargo, la institución no se encuentra ajena a las problemáticas de salud pública, por lo que dictó la Resolución Exenta N° 5.248 del 28 de diciembre del 2007, aprobando el Manual de Funcionamiento y Procedimientos en la Enfermería de las Unidades Penales, donde incluye el programa de ETS-VIH/SIDA, como también las enfermedades de transmisión sexual, ETS, señalando objetivos y orientaciones generales sobre la materia basado en las normativas del Ministerio de Salud. No existiendo un protocolo específico de prevención del VIH/SIDA aplicado en los Centros Penitenciarios.

Cabe señalar, que los encargados de realizar los protocolos y reglamentos respectivos no corresponde a Gendarmería de Chile quienes trabajan en forma directa con la población afectada, si no a las correspondientes autoridades Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud. Así lo evidencia la consulta dirigida a la Contraloría General de la República del Sr. Michael Díaz Rodríguez, para solicitar un pronunciamiento que precise qué ministerio debe hacerse cargo de la dictación del

reglamento sobre la realización de exámenes a personas privadas de libertad para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), al cual alude el artículo 5° de la ley N° 19.779, que establece normas relativas al indicado virus y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, como lo indica la Jurisprudencia CGR N° 005858N15, texto completo N° 5.858 fecha 21-1-2015

Si bien, no existen protocolos de prevención específicos para las personas privadas de libertad en VIH/SIDA, se puede constatar acciones preventivas abordadas por el área de salud del Centro penitenciario y que son ratificadas por los informantes claves. Los internos que ingresan al recinto se les realizan exámenes tanto físico como de salud, los que pueden ser efectuados por personal de enfermería o paramédico, en este examen se llena una ficha denominada "Orden de Pre ingreso", en la que se recoge la información de las enfermedades que declara el interno. Se incluyen las patologías crónicas como: diabetes, epilepsia, sida, TBC, etc. Sólo las personas que declaren padecer el virus VIH/SIDA, son seleccionadas para ratificar con exámenes de su declaración.

Otra forma de determinar si un interno se encuentra contagiado con el virus, se produce cuando asiste al área de salud por alguna dolencia y a través de síntomas se sospecha que podría ser portador del virus y que después de una consejería, se le solicita si quiere realizarse el examen para cumplir con la voluntariedad que establece la ley que corresponde a personas del medio libre, esto es confirmado por el Cabo Belmar quien señala "...A la mayoría de los reclusos al momento de quedar en prisión preventiva o reclusión, les toman exámenes de sangre para ver su grupo sanguíneo, test de Elisa además queda como registro de su ADN, para verificar si se encuentra su ADN en algún caso aislado. Dentro de los parámetros es voluntario sobre el VIH...".

Al no existir protocolos o reglamentos para las personas privadas de libertad se presentan otras situaciones tales como *"algunos Gendarmes no tenían el debido cuidado para mantener en reserva su condición de portador. Al respecto y según lo expresado por un interno afectado, el rechazo de él en algunos sectores de la cárcel se debía a que un Gendarme gritó en una oportunidad en la enfermería para poder ubicarlo, "quien es el muchacho con VIH", lo que implicó que los internos concurrentes lo reconocieran como enfermo con SIDA". "Otro interno con VIH/SIDA, manifestó que en el mural de la enfermería se había publicado una nómina con las personas internadas en el Centro pertinente, con la patología que sufrían, entre las cuales se encontraban los portadores del VIH, lo cual era visible para todos los que acudían a dicho recinto"*.

Respecto al trato hacia las personas con VIH al interior de los recintos penitenciarios, la opinión de la Contraloría señala: *"los traslados sin aviso trastocan todo lo programado referente al tratamiento con fármacos, exámenes y seguimientos. Además, no se consulta el estado de salud del enfermo VIH/SIDA y no se coordina la documentación referente a su patología"*. Esto dificulta notablemente el acceso a servicios sociales y de reinserción penal al permitir una segregación y falta de oportunidades laborales y capacitación: *"están confinadas a un lugar alejado de todo y sin oportunidad*

de nada, no trabajan, no estudian y menos pueden acceder a trabajos como mozo dentro del recinto penal”, indica el documento de la Contraloría General de la República. Esto es validado por el Sub oficial en Retiro Reyes que señala “que si bien Gendarmería de Chile hace los esfuerzos necesarios para que la población penal cuente con todas las instancias de protección en cuanto a salud y derechos, cada vez se hace más difícil o imposible debido a que la población penal es demasiada y las condiciones carcelarias son muy precarias”.

En lo que se refiere al objetivo específico N° 2 sobre “Describir las acciones preventivas para las PPL que viven con VIH/SIDA al interior del CDP Santiago Sur y su relación con la prevención del VIH/SIDA hacia sus visitas” se puede concluir lo siguiente; en cuanto a la prevención y su relación con las visitas al CDP, se pudo determinar que los internos que viven con el virus VIH/SIDA, hacen uso del beneficio del venustero, al igual que el resto de los reclusos sin sufrir ningún tipo de segregación por el Servicio. No obstante, cabe señalar que Gendarmería de Chile no informa a la pareja del interno con la que comparte el venustero, de las condiciones de salud del reo y de las consecuencias de la relación sin los métodos de prevención necesarios, que es la forma de evitar el contagio del virus, aspecto que se evitaría al cumplir en su integridad el reglamento de visitas íntimas.

Al respecto, hay que considerar que el artículo 1° de la ley 19.779, señala que corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población. Además, el artículo 5° de la citada ley precisa, en cuanto al examen, que las personas privadas de libertad, se estará a lo que disponga el respectivo reglamento o protocolo, situación que como se ha señalado anteriormente, no ha sido resuelta por Gendarmería de Chile, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud.

Como principal medida de prevención es la entrega de preservativos por parte del área de salud en el Centro Penitenciario, que son entregados cada cierto tiempo a través de remesas del Ministerio de Salud. Sin embargo en lo relativo al presupuesto asignado por Gendarmería de Chile al ítem salud, no se considera la compra de preservativos, es por ello necesario inyectar más recursos para ampliar la cobertura, ya que el Servicio no cuenta con capitales disponibles y lo que se recibe es distribuido a todas las Unidades Penales, sean tradicionales o concesionadas, en razón de lo entregado por el Ministerio de Salud.

Esto coincide además con lo que refiere el Sub Oficial Mayor en retiro R. Reyes. “...En cuanto a los procedimientos de prevención, puedo decir que dada la sobrepoblación existente en los centros carcelarios no son los óptimos, diría que escasos, la mayoría de la población penal, está desprotegida, los que están más a resguardo son los usuarios homosexuales, a los cuales se les protege un poco más, dado a que la mayoría de éstos conviven en pareja. (Prevención mayormente en la entrega de condones)...”y sigue su intervención diciendo “...Yo creo que existe la conciencia de la

prevención, con los medios que están al alcance de Gendarmería de Chile; pero la gran problemática va hacer siempre el exceso de Población Penal que hay, hoy es casi incontrolable...”.

De acuerdo a lo señalado por Reyes, en cuanto a si los reos solicitan protección a los gendarmes, señala “...A Los internos, les cuesta mucho acercarse al funcionario para pedir protección. Esto dado a que la mayoría de las veces son violentados sexualmente en contra de su voluntad y por lo tanto, se encuentran amenazados y al requerir de un funcionario, se le va a solicitar el nombre de él o sus agresores (es decir tienen que delatarlos) y eso pone en riesgo su integridad física. Son tildados de “sapos”... Es por esta razón que las agresiones sexuales o sodomización, quedan ocultas y la población más débil queda desprotegida por temor a las represalias, es la ley del más fuerte la que prevalece”.

La vulnerabilidad del VIH SIDA debe considerar la violencia al interior de los recintos de reclusión penal, que no sólo se refiera a riñas, peleas con armas corto punzante, sino más bien a la violencia sexual dirigida a personas en general y los viviendo con VIH, especialmente hombres, que hace manifiesta en situaciones en las que estos asumen como homosexuales (el estigma que se ha construido hacia los hombres homosexuales los asocia de manera directa con el VIH) y se convierte en una justificación para que sean objeto de abuso sexual, no se puede dejar de observar las formas en que se da el ejercicio de la sexualidad dentro de los centros penitenciarios, que pueden favorecer la transmisión de la infección por VIH, no sólo al interior del recinto, si no en la población a través de las parejas durante las visitas íntimas o una vez que se recupera la libertad. El que en cualquier circunstancia, es un factor de riesgo para adquirir la enfermedad, tanto para el agresor y la víctima. Las cifras son alarmantes: al año 2012, Gendarmería de Chile presentaba la no menospreciable cifra de 255 denuncias por violación y 225 casos de personas con VIH. Estas cifras, ampliamente cuestionadas, no reflejan la realidad por cuanto se carece de estudios de prevalencia y de monitoreo de las políticas públicas.

Finalmente para el objetivo específico N°3 que dice relación con “Enunciar aportes desde el Trabajo Social para abordar en personas privadas de libertad la prevención en el ámbito conyugal, familiar, y su entorno más cercano” se puede señalar lo siguiente; el Informe de Contraloría General de la República, revela las deficiencias en la promoción de salud, la prevención y la atención del VIH dentro de los muros carcelarios. Si bien existen algunas acciones esporádicas relativas a la prevención sobre conductas de riesgos a través de charlas e información con entrega de trípticos de orientación y preservativos en algunas oportunidades. Esto es ratificado por el Cabo Belmar quien señala que “...Las medidas de prevención contra el VIH, cada cierto tiempo se entregan trípticos con la citada información y además de preservativos para el internado como para funcionarios...”. Se puede determinar que debido a que no existen protocolos específicos para las personas privadas de libertad sobre prevención de VIH/SIDA como grupo objetivo, las personas privadas de libertad no todos se someten a la aplicación del test de

ELISA, quienes sabiendo que en algunos casos tienen la sospecha de ser portadores, acceden al beneficio del venustario, y cuyas vistas podrían desconocer el estado real de salud de su familiar recluido.

Sin duda la intervención del trabajo social en salud y en particular en VIH – SIDA no constituye únicamente un problema epidemiológico, político o económico sino también social, que lo constituye un escenario social complejo que permite caracterizar la pandemia del VIH/SIDA como uno de los problemas sociales más importantes que enfrenta la humanidad actualmente.

La importancia de la intervención del trabajo social es altamente valiosa, si se tiene en cuenta que las consecuencias psicosociales del VIH/SIDA, tanto en las personas infectadas como en los cercanos, la presentan como una pandemia única en nuestros tiempos. Desde el punto de vista de los principios de ética del trabajo social en cuanto a los derechos humanos, a las políticas sociales en materia de salud, de enseñanza del trabajo social y la investigación social, es colocar la problemática del VIH/SIDA como emergente en nuestra sociedad actual y que afecta todos los estratos sociales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y subdesarrollados. De esta forma se incita a la acción de los trabajadores sociales en el ámbito del VIH/SIDA al mismo tiempo a una revisión de las prácticas de intervención y multiplicar las experiencias en este ámbito, a un debate sobre sexualidad y sus prácticas de riesgo, a informarse sobre la infección y su contexto general de intervención y a estar atentos a la evolución de la pandemia así como a su impacto en la comunidad.

El aporte del trabajo social en equipos de trabajo multidisciplinarios ha progresado de forma constante en el tiempo, la realidad de la interdisciplinariedad pareciera existir en todos los dominios de intervención en trabajo social, estando cada vez más presentes en el plano de la composición de equipos, situándolo en diversas esferas de la problemática social, en roles que pueden ser de consultante, negociador, de persona de apoyo, de acompañador, de consejero o de terapeuta. El trabajador social en VIH/SIDA está en forma habitual ubicado en una posición de acompañador-terapeuta en el sentido de apoyar social y psicológicamente a la persona enferma y su familia y apoyar a los demás miembros del equipo que intervienen para una mayor comprensión de la persona enferma y su entorno. El trabajo social, no ha estado ausente en esta problemática y desde sus intervenciones en los medios hospitalarios pasando por la intervención individual, de grupo a la intervención colectiva y la investigación social, ha colocado al trabajo social en una de las primeras profesiones en interesarse en las personas que han contraído la infección del VIH.

Los aportes del Trabajo Social para abordar en personas privadas de libertad la prevención en el ámbito conyugal, familiar y su entorno más cercano es trabajar la estigmatización, conductas de riesgos y efectos de las TARV, es aquí donde lo social y la salud se unen, ya sea desde una perspectiva terapéutica o preventiva para abordar un problema que tiene consecuencias diversas sobre la vida de las personas infectadas y de

su entorno. En este sentido, las prácticas sociales ejercidas en VIH/SIDA han movilizado las competencias generales del trabajador social así como aquellas vinculadas a la especialidad de su campo de intervención, como por ejemplo: Comprensión de la persona, su ambiente y la infección; conocimiento de los equipamientos, de los dispositivos legales o reglamentarios, de los grupos sociales de apoyo, de las redes asociativas y comunitarias.

El trabajo social reconoce la complejidad de la infección del VIH-/SIDA, que obliga a desarrollar mayores conocimientos y habilidades necesarias para intervenir sobre ella, lo que exige un trabajo multidisciplinario siendo la profesión un aporte valioso en el ámbito del VIH/SIDA, por la diversidad de prácticas sociales que son distintivas de la profesión y que no han estado ajenas en la intervención tanto de la enfermedad como del entorno. Así la evolución del trabajo social se distingue por sus “Múltiples rostros” y su evolución hacia una intervención multidisciplinaria en materia de VIH/SIDA. (Ph.D., 2011)

Frente al objetivo general de *“Analizar la relación que existe entre los protocolos de prevención que realiza Gendarmería de Chile y las acciones de prevención de la población penal diagnosticada con VIH/SIDA del Centro de Detención Preventiva Santiago Sur”*, se puede dar cuenta que hoy la sociedad Chilena necesita un cambio en relación a la prevención del VIH/SIDA, sobre todo la población vulnerable como lo son las personas privadas de libertad. Si bien la enfermedad se encuentra en un período crítico, se está a tiempo de llevar a cabo modificaciones que permitan detener el avance de esta epidemia. Para esto es necesario aumentar el diálogo entre diferentes actores, tales como académicos, organismos gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil en general, además de incluir a las personas que viven con el virus. Se debe comenzar la discusión en cómo generar estrategias exitosas que permitan lograr un cambio actitudinal y conductual en la población, necesario para llevar a cabo las acciones preventivas.

En la actualidad existen falencias importantes en las campañas de prevención que han surgido en nuestro país y tienen que ver con los mensajes entregados, que son poco claros, aislados y muchas veces censurados por algunos sectores de la sociedad, convirtiendo el tema de la sexualidad en algo oculto. Si las campañas de prevención para la población general presentan problemas de difusión, considerar campañas del VIH específicas para la población penal es aún más difícil, dado que el tema penitenciario presenta cierto rechazo en la sociedad.

Sumado a que el tema de la sexualidad en Chile continúa siendo un tabú, lo que por cierto dificulta la conversación clara entre las personas en términos de su propio riesgo y las formas de prevención que adoptarán en sus vidas, la aproximación al tema no puede ser la misma para todos los individuos, cada grupo de personas tiene necesidades y barreras particulares para tratar el tema de la sexualidad y el VIH, las que deben ser dilucidadas en forma previa a la entrega de información para llevar a cabo un proceso que respete la identidad personal y cultural de las personas.

Para tener una relación entre protocolos de prevención y las acciones de prevención se debe apuntar a conocer a los receptores de la información para entregar e iniciar un diálogo que continúe más allá de la publicidad entregada por los medios de comunicación para una masa homogénea. Frente a una temática compleja se requiere entregar no sólo información estadística y técnica, sino también vivencias, sentimientos y procesos personales. Se necesita un cambio en las estrategias de prevención de VIH, los números y las personas lo corroboran, se requiere innovación, integración, pluralismo, autocrítica, mejor calidad en los procesos, coordinación entre diferentes actores de la sociedad y también mayor apertura y humanización en la atención ofrecida en relación a un problema social como es la epidemia del VIH en Chile.

Si bien actualmente no existen protocolos de prevención específicos del VIH/SIDA para personas privadas de libertad, el cual debe ser creado en coordinación del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud, no se puede negar los avances importantes en esta materia, así lo confirma desde la experiencia de la entrevistada la Trabajadora Social Sra. Margarita Valdés, donde relata la importancia del Trabajador Social desde la Intervención a los pacientes, en donde en los años ochenta no se sabía nada, sobre lo que se estaba trabajando, donde llegaban enfermos, que el mismo personal sentía temor a atender, en ese contexto fue donde hubo que repensar el trabajo y educar, tanto a los mismos funcionarios, como a los enfermos, se generaron redes de trabajo en donde todos fueron aprendiendo en conjunto. El trabajo con la familia y personas cercanas a los enfermos fue primordial. Por otra parte esto fue tan rápido y masivo que ya los recursos se acababan y los fármacos tuvieron que sortearse, esto llevo a que nuestra entrevistada sin darse cuenta tuviese que golpear puertas, ya no en Chile, así fue como escribió cartas a muchas partes y de Canadá le respondieron y también del Vaticano, generando recursos, se creó una fundación que aún trabaja en esta materia, sin darse cuenta paso de ser una trabajadora social de la línea de intervención a trabajar directamente para que el VIH/SIDA fuera considerado en la Ley de Acceso universal a garantías específicas y a liderar en la materia.

Desde el análisis de los antecedentes planteados en esta tesina y con una visión del trabajo social se propone la realización a largo plazo de la creación de un protocolo biopsicosocial específico para personas privadas de libertad que viven con VIH/SIDA dentro de los recintos penitenciarios en donde se puedan mejorar sus condiciones de habitabilidad, infraestructura, higiene, alimentación y seguridad; además de aumentar la dotación de personal interdisciplinario especializado en el tema. Dado que esa propuesta requiere de una modificación estructural en la gestión de recursos por parte del Estado, también se hace necesaria la revisión de cómo se realiza el trabajo con las PPL dentro de los recintos penitenciarios. Es sabido que la problemática carcelaria en Chile es un tema que se ha ido mejorando con los últimos gobiernos con acciones como las concesión de cárceles, que según Contraloría también presentan debilidades, ya que en sus bases de licitación no incluye aspectos de salud para las PPL, ni insumos para prevención de enfermedades infectocontagiosas (condones), es por esto que la modificación al sistema penitenciario requiere de voluntad del Estado y políticas acordes al trabajo que se quiere

realizar.

La presente tesina pretende levantar algunos desafíos acerca de las formas de abordar la prevención en el ámbito penitenciario con acciones a corto y mediano plazo que ayuden a ordenar la forma de entregarla a las PPL y en específico a las que viven con VIH/SIDA en los recintos penitenciarios, tales como la disposición de preservativos a todas las PPL que soliciten el beneficio del venustero, con el fin de prevenir ETS y VIH/SIDA.

Además se sugiere la creación de un “consentimiento informado” para que sea firmado por las visitas de las PPL, en donde indiquen conocer el estado de salud de su visitado(a), y específicamente para quienes accedan al beneficio del venustero.

Por último, se propone la creación de espacios de conversación basadas en la experiencia de PPL que viven con VIH en el ámbito de la prevención del VIH/SIDA dentro de los recintos penitenciarios, todo esto con el fin de concientizar a la población penal en general acerca de la enfermedad y sus consecuencias en el ámbito personal, familiar y su entorno más cercano.

Frente a esto cobra relevancia para la presente tesina, las palabras señaladas por la Trabajadora Social Sra. Margarita Valdés, quien expresa que “Hay distintas fórmulas para concientizar, desde donde uno esté trabajando ... desde donde uno este parado se debe hacer educación y prevención, siempre hay un nexo con la prevención y educación, cuando uno tiene la conciencia de trabajo preventivo eso facilita mucho el quehacer profesional, porque uno se documenta, busca y comparte ... nosotros como trabajadores sociales debemos considerar dentro de nuestro rol la concientización desde la toma de conciencia del problema social, en este caso es el VIH, que es imparable, no tiene cura.”

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo Felipe, Urriola Yorka. (2015). *Proyecto Taller de Jóvenes 2015 - INFORME FINAL PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL*. SANTIAGO: S/I.
- CAMARA DE DIPUTADOS - GOBIERNO DE CHILE. (Octubre de 2016). *Constitución Política de la República de Chile - Cámara de Diputados*. Obtenido de Constitución Política de la República de Chile - Cámara de Diputados: https://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica.pdf
- Centro para la prevención y control de enfermedades - USA. (05 de Junio de 1981).
- COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES DE CHILE. (s.f.). *CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL*. SANTIAGO.
- DDHH, G. D.-U. (S/I). *Manual de Derechos Humanos de la Función Penitenciaria Gendarmería de Chile*. SANTIAGO: GENDARMERÍA DE CHILE.
- EDUCARCHILE. (OCTUBRE de 2016). *Educación sexual: hablemos del SIDA*. Obtenido de Educación sexual: hablemos del SIDA: <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?id=77974>
- EL QUINTO PODER. (Octubre de 2016). *El futuro del VIH en Chile es hoy por John Gay Harris Chávez Sáez*. Obtenido de El futuro del VIH en Chile es hoy por John Gay Harris Chávez Sáez: <http://www.elquintopoder.cl/salud/el-futuro-del-vih-en-chile-es-hoy/>
- ELDESCONCIERTO.CL. (OCTUBRE de 2016). *La historia del Sida en Chile*. Obtenido de La historia del Sida en Chile: <http://www.eldesconcierto.cl/pais-desconcertado/2016/04/20/la-historia-del-sida-en-chile/>
- FAJURI, A. Z. (AGOSTOS de 2011). *El derecho a la protección de la salud en la Constitución chilena, antes y después de la reforma AUGE*. Recuperado el OCTUBRE de 2016, de El derecho a la protección de la salud en la Constitución chilena, antes y después de la reforma AUGE: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5107#r41>
- FITS, F. I. (2010). *Standards in Social Work Practicemee*. UK: FITS.
- FITS, I. F. (09 de 2012). *Agenda Mundial para el Trabajo Social y Desarrollo, Global Social Agenda, Federación Internacional Trabajadores Sociales*. Obtenido de Agenda Mundial para el Trabajo Social y Desarrollo, Global Social Agenda, Federación Internacional Trabajadores Sociales: <http://ifsw.org/propuesta-dedefinicion-global-del-trabajo-social/>
- FLORES CACERES, TITO. (2013). *ANALISIS Y DISEÑO DE POLITICAS PÚBLICAS CON ENFOQUE DE DERECHOS*. SANTIAGO, CHILE: LOM-Fundación Henry Dunant América Latina. Recuperado el OCTUBRE de 2016
- FORTUNATTI, R. (S/I). EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS. En R. FORTUNATTI, *EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS* (pág. 33). S/I.
- FUNDACION SABIA. (OCTUBRE de 2016). *Los rostros del VIH/SIDA en el Chile actual*. Obtenido de Los rostros del VIH/SIDA en el Chile actual: <http://www.fundacionsavia.cl/noticias/119#.WBunGPnhDIV>
- FUNDACIÓN SAVIA. (2012). *Observatorio de Políticas Públicas en VIH y SIDA y Derechos Humanos*.

- GENDARMERÍA DE CHILE. (2015). *CASOS VIH/SIDA 2015*. Stgo.
- GENDARMERIA, G. I. (OCTUBRE de 2016). *GENCHI*. Obtenido de GENCHI: S/I
- GOBIERNO DE CHILE. (Diciembre de 2001). Ley 19.779. *Establece normas relativas al VIH y establece bonificación fiscal para enfermedades catastróficas*, 1 - 2. CHILE: MINISTERIO DE SALUD.
- IMPORTANCIA.ORG. (NOVIEMBRE de 2016). *Importancia del Protocolo*. Obtenido de Importancia del Protocolo: <http://www.importancia.org/protocolo.php>
- JOHN L. PETERSON, P. &. (2000). *Handbook of HIV Prevention*. NY, EEUU: Springer Science+Business Media New York. Recuperado el Octubre de 2016
- LARRAÑAGA, C. (2010). *LAS NUEVAS POLITICAS DE PROTECCION SOCIAL EN CHILE*. SANTIAGO.
- MINISTERIO DE SALUD - MINISTERIO DE JUSTICIA. (ENERO - 2002). *CONVENIO MARCO DE COOPERACION ENTRE MINISTERIO DE SALUD Y GENDARMERIA DE CHILE*. SANTIAGO: GOBIERNO DE CHILE.
- MINISTERIO DE SALUD. (2007). *EVOLUCION DEL VIH/SIDA EN CHILE 1987 - 2006*. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA. SANTIAGO: MINSAL - GOBIERNO DE CHILE.
- MINISTERIO DE SALUD. (OCTUBRE de 2016). *MINISTREIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD - GOBIERNO DE CHILE: <http://www.minsal.cl/>
- MINSAL - Gendarmería de Chile. (2010). *Convenio MINSAL - Gendarmería de Chile*.
- MINSAL, G. D. (2010). *MANUAL Así funciona AUGE*. 12. SANTIAGO, CHILE: GOBIERNO DE CHILE.
- OMS - ONUSIDA. (2007). *VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y apoyo en el Medio Carcelario. Marco de acción para una respuesta nacional eficaz*. ONU, OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS, Nueva York.
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (1993). *Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre la infección por el VIH y el SIDA en las cárceles*.
- OMS, O. M. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. GINEBRA.
- ONU, C. D. (1995). *Derechos Humanos y Trabajo Social, Manual para escuelas de servicio social y trabajadores sociales*. GINEBRA: ONU.
- ONUSIDA. (2013). *INFORME SOBRE LA EPIDEMÍA MUNDIAL DEL SIDA*. GINEBRA: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2016). *ONUSIDA*. Obtenido de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es>
- ONUSIDA. OMS. (Diciembre - 2007). *Situación de la Epidemia del sida: Informe especial sobre la prevención del VIH*.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. (1993). *Directrices de la OMS sobre la infección por VIH y el SIDA en las cárceles*. OMS, GINEBRA - SUIZA.
- PALERMO, S. B.-U. (2008). *Informe Miedos y Creencias sobre el VIH durante el testeo*. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES. PALERMO - ESPAÑA:

UNIVERSIDAD DE PALERMO.

Ph.D., O. L. (2011). *TRABAJO SOCIAL Y VIH/SIDA: ANALISIS DE PRACTICAS DE INTERVENCIÓN*. SANTIAGO: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile, Rumbos TS, año VI, N°6.

RUBILAR, M. G. (S/I). *¿CÓMO HACEN INVESTIGACIÓN LOS TRABAJADORES SOCIALES? UNA PRIMERA APROXIMACION A LAS EXPERIENCAAS DE INVESTIGACION DE UNA GENERACION DE PROFESIONALES CHILENOS*. SANTIAGO: S/I.

SANDOVAL, H. (22 de Noviembre de 2016). *Derecho a la salud ¿está garantizado?* (Cooperativa.cl, Editor) Recuperado el NOV de 2016, de Derecho a la salud ¿está garantizado?: <http://opinion.cooperativa.cl/opinion/salud/derecho-a-la-salud-esta-garantizado/2016-11-22/115815.html>

UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, Facultad de Derecho. (2008). *Informe Anual sobre Derechos Humanos*. UDP, Santiago.

ANEXOS

GLOSARIO

- **PREVENCIÓN:** *“Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa”. (RAE) Desde el ámbito de la salud se puede entender como “al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud”⁵*
- **VIH** (Virus de Inmunodeficiencia Humana): *Sigla de virus de inmunodeficiencia humana, virus causante del SIDA (Manifestación física del virus, causando el deterioro físico de la persona infectada).*
- **PPL** (Personas Privadas de Libertad): *abreviación para aquella persona que cumple una pena aflictiva.*
- **CDP** (Centro de Detención Preventiva): *lugar en donde las personas privadas de libertad cumplen sus penas aflictivas, siendo resguardadas por Gendarmería de Chile.*
- **VENUSTERIO:** *Beneficio entregado por Gendarmería de Chile a las personas privadas de libertad que cumplan con los requisitos para hacer uso de la dependencias habilitadas para la mantención de relaciones sexuales.*
- **PROTOCOLO:** *se puede entender como “el conjunto de reglas de formalidad que rigen los actos y ceremonias diplomáticos y oficiales”, o también como “el conjunto de reglas de cortesía que se siguen en las relaciones sociales y que han sido establecidas por costumbre”⁶.*

ARTÍCULO DE PRENSA “PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN LA EX PENITENCIARIA DE SANTIAGO” – POR VÍCTOR HUGO ROBLES

Extraído de <http://www.elperiodista.cl/newtenberg/1387/article-32644.html>

EL PERIODISTA, Año 2, N° 37, 8 de junio de 2013

LAS REJAS Y PUAS DEL SIDA CARCELARIO

Patricio Egaña es escritor y homosexual. Desde hace algunos años vive con el VIH/Sida y está preso en el principal recinto penal de Santiago. Egaña asegura que el virus invade la ex Penitenciaría, cree que de ésta "cana" no sale vivo, y por eso ha decidido contar su historia. Afirma que si Gendarmería no aborda decididamente la sexualidad y el Sida en la

⁵ Extraído desde <http://salud.ccm.net/faq/15796-prevencion-definicion>

⁶ Extraído desde <https://www.google.cl/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=protocolo+definicion>

cárcel, más temprano que tarde la pandemia hará estragos en el antiguo edificio de avenida Pedro Montt. Si bien, en la actualidad los reos seropositivos están segregados en dos estrechas calles de la ex Penitenciaría, Gendarmería aún no se atreve a realizar un catastro general de la magnitud del Sida en el recinto. Patricio Egaña sabe lo que dice, e insiste en la urgencia de abordar radicalmente el tema. Ha sobrevivido muchos años en distintas prisiones del país, y conoce al dedillo la cultura del hampa y las múltiples formas de vivir la sexualidad en situaciones extremas. Por eso, denuncia la poca voluntad política que demuestra la autoridad carcelaria a la hora de habilitar venusteros en el penal, restringiendo el contacto sexual de los reos con sus esposas, situación que los lleva a mantener relaciones sodomíticas con sus compañeros de cautiverio.

UNA HISTORIA DE PELICULA

Patricio Egaña nació el 6 de abril de 1946 en una familia acomodada y conservadora. Una familia que le enseñó a ser responsable, lo educó, pero que no le entregó amor. Pese a la falta de cariño, aprendió a no sentir miedo, y descubrió su excitación por el aplauso. "No había kermés que me perdiera de actuar y cantar con voz de soprano", recuerda. Junto con cantar, comenzó a escribir y a sus precoces 9 años ganó un concurso de poesía infantil. Desde ese momento, trató inútilmente de conquistar la atención de sus padres escribiéndoles "poemitas" con cualquier excusa. De pequeño sintió atracción por los hombres, y a los 13 años asegura haber perdido la virginidad por "la curiosidad de consultar a un vecino por la masturbación", recuerda. Cumplidos los 16, por presión social e intentando transitar por el camino de la heterosexualidad, pololeó con una mujer pero terminó "confirmando que no me remecía las hormonas como con los hombres, sobre todo si eran velludos", asegura. Rindió el bachillerato, e hizo el servicio militar en la Armada en un curso de aspirante a oficiales. Luego estudió construcción civil y topografía, y pronto emigró aburrido a la publicidad. Si bien no terminó siendo publicista, las clases confirmaron el rumbo que tomaría su futuro; el arte y sus múltiples manifestaciones. Fue primer actor en el grupo experimental en la escuela de artes y oficio, primer bailarín en el ballet Folclórico de la UTE y bajo en el coro de cámara de éste. Y aunque provenía de "buena cuna", descubrió la realidad de la pobreza cuando realizaba funciones artísticas en poblaciones y sindicatos, acercándose así a los grupos de izquierda en la UTE, y participando en las manifestaciones estudiantiles.

SU CARRERA EN EL HAMPA

Junto con instalar un garito clandestino en la universidad y arrasar en el póquer, Patricio ya había incursionado en lo delictual, robando libros antiguos en bibliotecas particulares, públicas y de Iglesia. Reconoce que, en 1969, cuando frecuentaba el famoso burdel de la "Tía Carlina" de calle Vivaceta, conoció las ventajas económicas de la prostitución. Fue tanta la provocación que sintió con las chicas de la mítica cabrona, que no tardó en dedicarse al comercio sexual, "me dediqué a patinar (de hombre) hasta el 70, hasta que un estudiante de odontología me sacó de ese ambiente y su padre (gran maestro de la masonería chilena) me dio trabajo en la gerencia del Hipódromo Chile", rememora.

Independiente económicamente se fue a vivir solo, y en la nueva casa descubrió una bodega secreta repleta de antigüedades; "la violenté, saqué verdaderos tesoros y los vendí a anticuarios y coleccionistas", asegura. Así, mientras se "paseaba como reina" en su oficina del Hipódromo, comenzó a reducir sus robos y a gastar el dinero en viajes con "amantes internacionales". Uno de esos amantes, un chileno que conoció en Buenos Aires, le ayudó en muchas "monrras" (robos a casas particulares) en Santiago, Buenos Aires, Sao Paulo y Perú. Todo marchaba de "perrilla", hasta que en 1975 llegó la policía a buscarlo a su oficina, comenzando lo que Patricio Egaña denomina como "carrera oficial de delincuente".

BAJO EL SIGNO DE CAIN

Ante la posibilidad de ser fusilado por el robo de una documentación epistolar confidencial relativa a la Guerra del Pacífico, confesó robos que ameritaban llevarlo sólo a la justicia del crimen. "Llegue parado a la cárcel pública", asegura, después de ser violado en los calabozos de Investigaciones por funcionarios y delincuentes. En la cárcel conoció y se enamoró de un reo, con quien comenzó a vivir en la población penal común. "Protegido por su fama, fui respetado por mi nivel intelectual y aprendí muchos valores sobre la lealtad, solidaridad, estrocismo y la implacable ética intrapenitenciaria", afirma. A los cuatro meses y mediante coimas, le dieron la libertad bajo fianza, pero no quería salir para no dejar a su "marido". Finalmente salió, se puso a trabajar y también a robar en casas sin moradores, "hasta que por una boleta de mi negocio, encontrada en el bolsillo de un homosexual asesinado, Investigaciones me torturó con electricidad en la Brigada de Homicidios durante 5 días, y terminé confesando un crimen que nunca cometí", dice. Allí aprendió que, por el sólo hecho de tener una ficha de primerizo y una pasada por "homicidios", el sistema lo había marcado con el "signo de Caín". Entonces, decidió sacarle "partido a la ficha", y armó una banda de ladrones. Un día de esos, en medio de una "monrra" en el barrio alto, llegaron los habitantes de la casa, transformado inesperadamente el robo en violento asalto. Dice que los robos de autos, estafas con cheques, monrrar y asaltos, le daban para vivir holgadamente junto a un hijo de su "marido" carcelario, porque "su madre biológica no lo quería criar". Patricio cuidó al niño por un tiempo y luchó por la libertad de su pareja, pero después la madre del niño se lo quitó de sus brazos, "matando un cariño feroz", recuerda con tristeza.

MATILDE LADRON Y EL INDULTO PRESIDENCIAL

Transcurría el tiempo y el arriesgado actuar de Patricio Egaña se hacía cada vez más "violento", según el mismo reconoce. Sin embargo, este "juego mortal de fascinante riesgo y lleno de peligro", sufrió un revés en 1978 cuando cayó preso por un asalto y otros delitos menores. Estuvo tras las rejas hasta 1984, año en que decidió quebrantar la salida dominical del penal de Colina. Siete meses después, y producto de una seguidilla de asaltos a mano armada, cayó nuevamente y estuvo confinado hasta 1996, fecha en que consiguió un increíble indulto presidencial gracias a las gestiones y correspondencia

amorosa que sostenía con la escritora Matilde Ladrón de Guevara. De esta relación nació "Pacto Sublime", un libro que recoge las cartas de amor carcelario entre Matilde y Patricio. "Matilde vio en mí a su hija presa en Perú", analiza. Pese al "pacto sublime", el amor entre rejas se derrumbó como un castillo de arena cuando el Egaña recuperó su libertad. En la calle otra vez, comenzó a "trabajar" y a ejecutar asaltos esporádicos, cambiándose posteriormente al narcotráfico, planeando así "reunir una pequeña fortuna para instalarse en Europa", asegura. Para su desgracia, el viaje a Europa no se produjo, y fue aprehendido por el OS-7 en su departamento en Reñaca, siendo condenado a 3 años y un día en la cárcel de Valparaíso. "Ahí me contagié de VIH", asume valientemente. Su estadía en el penal porteño fue provechosa para el escritor, quien comenzó a participar en concursos literarios, obteniendo los primeros lugares de estos certámenes. Así, entre la escritura y la "vida canera", terminó de cumplir su condena en la ex Penitenciaría de Santiago, lugar donde reconoce haber comenzado a advertir la problemática del Sida en los penales.

LUCHANDO POR CAMBIAR DE VIDA

En libertad, Patricio Egaña usó sus ahorros y se asoció con un inversionista para instalar un criadero de conejo, junto con aportar un capital a una amiga que deseaba inaugurar un restaurante en Bellavista. Sus socios terminaron estafándolo, situación que lo obligó a volver al "negocio". Pese a esto, mezcló sus andanzas con la dedicación al arte y la cultura, creando grupos de baile, y transformándose en un "mecenas del arte", como afirma una cercana amiga. En eso estaba cuando enfrentó una de sus peores crisis de salud que, incluso, lo llevó a recibir la extremaunción. Inesperadamente, sobrevivió y comenzó a comprar la triterapia en el mercado negro. Así, con nuevos bríos insistió en su dedicación al arte, llamando a un casting para bailarines, con quienes fundó el ballet BUDAI (ballet urbano de artes integradas). Para sorpresas de muchos, Patricio reapareció representando a una gárgola en una aplaudida coreografía que acompañó la presentación del grupo Los Jaivas en el mismísimo Festival Internacional de Viña del Mar, en el 2002. Reconoce que este "gustito" le costó carísimo, pero sí de arte se trataba, "yo lo daba todo", afirma. Tiempo después, en diciembre del 2002, la luminosa escena de Viña se transformó sólo en un lindo recuerdo cuando, camino a la Parva, junto a un amigo, fue sorprendido por la policía, allanado su domicilio, y siendo procesado por ley de control drogas. En prisión, producto de su complicado estado de salud, le otorgaron la triterapia y lo asilaron en la calle 3B, lugar de aislamiento de travestis y homosexuales VIH positivos. En este lugar constata que el comportamiento sexual intrapenitenciario y el Sida están haciendo estrago en el penal, y desde ahí se atreve a enviar un informe a la opinión pública, que El Periodista adelanta en exclusiva.

EL INFORME EGAÑA

"A la condena judicial se agrega el juicio moral, económico y segregacionista que nos convierte en culpables de continuar viviendo. Todas estas lindezas no nos hacen cuestionarnos por qué estamos presos, sino que cuestiona nuestros esfuerzos por seguir viviendo". Así, con estas dramáticas palabras escritas en una pequeña y húmeda celda de

la calle 3B, termina un informe que Patricio Egaña Salinas ha despechado a un sin número de personalidades e instituciones de Derechos Humanos, denunciando y alertando del inminente peligro de muerte que corren en ese lugar. Un conmovedor informe que describe la paupérrima situación que viven las personas viviendo con VIH/Sida encarceladas en el principal penal masculino de la capital.

UN POCO DE HISTORIA

Hasta 1986, dos años después de detectarse el primer caso de un reo VIH en el penal, los homosexuales encarcelados en la ex Penitenciaría eran aislados en la calle 2, donde sostenían una economía de supervivencia desempeñándose como lavaderos, tanto para la población penal como para el pensionado. En esta economía cooperaban "gays" y travestis prostitutos detenidos por 5 días. Todo marchaba "normal" hasta que Gendarmería, alarmada por el surgimiento del Sida, decidió aplicar el test de Elisa a los reos homosexuales, descubriendo el primer caso de un travesti seropositivo. No pasó mucho tiempo para que el pánico se desatara en la población penal común, particularmente entre los familiares de los reos, quienes organizaron protestas en contra de los homosexuales. La presión obligó a trasladar a los homosexuales al penal de Putaendo, donde una nueva campaña no les permitió mayor permanencia, siendo devueltos a la ex Penitenciaría, pero ahora instalados en una dependencia construida de emergencia llamada colectivo 3 (donde actualmente está la Cárcel de Alta Seguridad). En ese lugar se les aisló y no se les permitió continuar con el trabajo de lavandería, evitando de paso las relaciones sexuales entre lavanderas y clientes.

En 1990, en vísperas del cambio de régimen político, los internos homosexuales contagiados y no contagiados, fueron trasladados a la unidad de San Miguel, pero después de unos meses, devueltos a la ex Penitenciaría y ubicados en la calle 15. A partir de entonces, los caballos de la población penal común (heterosexuales que son obligados a tener relaciones sexuales en el rol pasivo), comenzaron a declararse "homosexuales" para huir del maltrato y "descontar" (hacerse los machos) con los homosexuales aislados. El posterior traslado de esta mezcla de reos hacia la calle 3, ex pensionado, concedió mayor espacio y una segregación más relajada. En esta calle habitaban tanto reos contagiados como no con el VIH, lo que no era impedimento para sostener relaciones sexuales con internos de la población. Sin embargo, después de inédito intento de fuga, que incluyó la construcción de un túnel, los homosexuales y travestis seropositivos fueron definitivamente instalados en la calle 3B. A esta calle siguieron ingresando internos de la población, contagiados y caballos que, incluso, recurrieron a inyectarse sangre contaminada para escapar del hacinamiento y promiscuidad de las sobrepobladas dependencias comunes. Al 2003, los reos homosexuales están repartidos entre la torre 1 de la unidad de San Miguel y la calle 3 en la ex Penitenciaría de Santiago. En este último lugar, la calle 3A mantiene aislados a 20 reos heterosexuales contagiados, y la calle 3B, en 5 celdas de 2,5 x 3 metros, a 28 internos contagiados; 6 homosexuales travestis, 2 gays, 4 heterosexuales (en pareja con los primeros) y 16 caballos. Según Egaña, la "promiscuidad entre todos es absolutamente aceptada, y los caballos, en su afán por

descontar las penurias pasadas en la población común, se erigen como amachados, tiranizando a los homosexuales y manifestando su hombría en constantes peleas con sus parejas del momento o entre ellos, destacándose la brutalidad y ensañamiento en estos violentos encuentros", denuncia.

SEXO ENTRE REJAS

Al igual que todo ser humano, la población penal se caracteriza por tener necesidades sexuales propias del instinto sexual. Sin embargo, la legalidad penitenciaria prohíbe su expresión natural, generando la expresión de un instinto incontenible. Así, como a los internos no se les conoce el derecho a tener sexo con sus mujeres, se ha creado un sistema de satisfacción sexual heterosexual oculto (aunque Gendarmería lo sabe y lo tolera), y un sistema de satisfacción sexual alternativo frecuente y cotidiano, donde cumplen un rol central los "caballos" y homosexuales ocasionales. Según el "Informe Egaña", el problema en la cárcel no es la sexualidad propiamente tal, sino la nula información sobre el Sida y las dificultades que tienen los reos de tener sexo con sus parejas, situación que los obliga a sodomizar reiteradamente a los "caballos", replicando de este modo el Sida. Si a esto sumamos el uso de jeringas intravenosas, el problema se agrava aún más. En estas condiciones, "el condenado actual, no solo pierde su libertad, sino que además, se encuentra condenado a perder la vida", dice Egaña en su escrito. Por tal motivo, alerta sobre esta situación y llama a las autoridades a asumir que el Sida no está solamente en la calle 3, sino que recorre como fantasma el penal.

¿EXAMEN DE SIDA A TODOS LOS REOS?

Egaña asegura que las prácticas sexuales, consabidas por las autoridades penitenciarias, no se enfrentan a ningún nivel. Cree que si se aplicara el test de Elisa en el penal, "arrojaría un mínimo del 10 por ciento de los reos infectados". Al respecto, Egaña cita el caso argentino, donde habiendo una población penal menor que la chilena, se realizó el test y arrojó un 26 por ciento de reos contagiados. "Si la población penal chilena bordea los 37 mil reos, el problema logístico a enfrentar y de hecho, el más grave, sería cancelar la vida de miles de personas cuya existencia en un bien jurídico constitucionalmente establecido, y por ende, se les debe proteger y cuidar mientras permanezcan en prisión", reclama. Semejante percepción tiene Vasili Deliyanis, coordinador del área de derechos ciudadanos de Vivo Positivo. "Las autoridades penales no han enfrentado el tema de la sexualidad en las cárceles, porque es un tema no resuelto en la sociedad chilena", plantea. Asimismo, a la hora de cuantificar la cantidad de reos seropositivos en la ex Penitenciaría, Deliyanis sospecha cifras alarmantes. "Si el test del Sida se hiciera ahora, probablemente un tercio de la población penal resultaría positiva", afirma. Sin embargo, lo grave del asunto no amerita para Deliyanis la aplicación del test a toda la población penal porque "esa decisión debe ser informada y voluntaria", sostiene. Pese a rechazar la realización obligatoria del test, Deliyanis comparte la alerta de Egaña en lo que respecta a educación sexual y prevención del VIH en los recintos penales. "Es necesario que Gendarmería tenga una política de educación sexual porque esa es una manera de

detener la propagación del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual", asegura. En este momento, y pese a los avances que ha experimentado el sistema (se implementó un programa de Sida en la ex Penitenciaría, se mejoró el hospital penitenciario y se firmó un convenio entre el ministerio de Justicia y Conasida para entregar triterapias en los reclusos), los problemas de salud que viven los reos VIH, la falta de médicos especialistas, los escasos programas de reinserción y esparcimiento, el aislamiento extremo, una infraestructura añosa poco apta para seropositivos, y la condición de travestis y homosexuales de muchos de ellos, hacen doble o triple el castigo. Por eso, mientras algunos mueren de tuberculosis, sarcoma de kaposi u otras enfermedades oportunistas, y otros esperan el final de sus días con amarga resignación, Patricio Egaña envía un alarmante informe intentando salvar las vidas de las personas que sobreviven a las rejas y púas del Sida carcelario.

ENTREVISTA MARGARITA VALDÉS - JEFA DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA.

Esta entrevista fue realizada por los tesisistas el día 09 de Diciembre del presente.

¿CUÁL ES SU RELACIÓN DE TRABAJO CON EL VIH/SIDA? ¿HACE CUÁNTO TIEMPO TRABAJA ESTA MATERIA?

Mi relación con personas infectadas con VIH se remonta al año 1986, cuando recibimos el 1er paciente que ingreso a un servicio público del país hospital paula jara quemada, llego un hombre chileno que vivió y trabajo en el amazonas de Brasil. Llego a la consulta del médico sin seguro médico y en etapa sida, por lo tanto no había tiempo para realizar ninguna acción desde la seguridad social, pero desde la perspectiva social-familiar si había mucho que hacer. La esposa no tenía mayor conocimiento de la situación médica del marido y le toco vivir una etapa muy difícil, como no tenía previsión, se le dio la “tarjeta de indigencia”.

Estuvo seis meses hospitalizado, compartimos con la familia todos los problemas que tenían que ver con la discriminación por parte de los funcionarios del hospital por el desconocimiento propio de la enfermedad en aquella época, y en un establecimiento público que en ese tiempo estaba habilitado para atender pacientes sólo con insumos esterilizable, (jeringas de vidrio, batas de género, sabanas reutilizables), pero con la llegada de este paciente todo el material que se utilizaba con él se debía eliminar. O SEA **¿SE CAMBIÓ EL PROTOCOLO DE ATENCION A NIVEL INSTITUCIONAL?** Si y a nivel nacional también, en ese tiempo todo el país estaba con la línea de trabajo tradicional (material esterilizable)... yo recuerdo que en aquella época este hospital estaba administrado por una corporación privada y todos los días me llamaban para decirme que no se podía seguir con la gratuidad de salud, porque el gasto era infinitamente alto y se estaba gastando en aquella época \$3.000.000 mensual de la época solo en insumos (jeringas, artículos de aseos, sabanas, etc.).

Este paciente en el año 1986 nos hizo entender mucho de la importancia del trabajo no solo de lo médico sino también de lo social, con todo el conflicto que afecta a todas las esferas de su vida (familia, trabajo, etc.) era transversal a todos los puntos de contacto del paciente. Este paciente contó lo de la discriminación sufrida por parte de los funcionarios, que lo tenían en una sala de aislamiento donde el alimento se lo ponía en una bandeja plástica con sus pocillos y se lo acercaban con un palo para que él se bajara de la cama y tomara la bandeja, lo mismo para hacer el aseo, el funcionario lo hacía hasta donde alcanzara. Este nivel de aislamiento fue tan extremo, que provoco en el paciente una depresión mayor junto con la enfermedad y toda su sintomatología que en una oportunidad intentó lanzarse del sexto piso y lo alcanzaron a detener, desde ese minuto el paciente quedo inmovilizado de pies y manos por el resto del tiempo. Se imaginaran uds. lo que significa eso para una persona discriminada y enferma e inmovilizada, falleció a los dos meses de estar en esta condición aquí mismo en el hospital.

Al poco tiempo comenzaron a llegar más pacientes, a los cuatro o cinco meses ya teníamos un grupo de trabajo (formados por los pacientes) y empezamos (empecé yo) con talleres educativos, en ese tiempo era la única asistente social para todo el hospital, policlínico y urgencias, pero era importante esto que no llegaba a tener una tarde con

ellos, para trabajar, que era un día jueves y trabajábamos estos temas, el tema de la discriminación, de cómo informarles a los padres de que estaban infectados con VIH, pero que antes tenían que informarles el tema de la homosexualidad que en ese tiempo era un tabú y por ende otro tema de discriminación. Entonces esto fue un tema que yo no lo trabaje sola, lo trabajamos con ellos mismo, hicimos una especie de red, entonces desde las mismas conclusiones del trabajo de grupo, seguimos con la labor educativa y con el trabajo en domicilio, porque muchos de ellos vivían con sus parejas que habían fallecido, parejas que también estaban enfermas que atender. El concepto de hablar de la muerte nos demoró yo diría siete u ocho meses cuando alguien pronuncio la palabra muerte, partieron temas como ideaciones suicidas, suicidios, todas esas situaciones tuvimos que ir lidiando durante los dos o tres primeros años, nos reunimos en una oficina un poco más grandes que esta sentados en cualquier parte de la sala. Y así trabajábamos y hacíamos reuniones de puesta en común, de trabajar algunos temas de ver soluciones, porque no había soluciones en ninguna parte, y de hecho yo tenía que ser muy honesta y decirles “yo no conozco la cultura de la persona homosexual, así que si yo comento un error y digo algo indebido, o que se pueda considerar como una actitud de prejuicio, por favor díganme”, y así fui entendiendo y aprendiendo con ellos. Generamos una red, cuando llegaba un usuario nuevo, que después era uno, dos a la semana, y así uno de ellos que estaba ese día lo acompañaba donde la funcionaria de admisión que si tenía la voluntad de recibir los documentos, y fuimos generando una red a nivel interno, los choferes no querían llevar a los pacientes cuando estaban mal, hacíamos un trabajo de educación en terreno y allí partimos con los testimonios ... hace 28 años ... entonces ellos iban con nosotros, en esta condición de que nos iban a ayudar como, casi alumnos en práctica, y se saludaban y abrazaban con todo el mundo y después al final les decía, pueden dar su testimonio, y ahí quedaban todos paralizados, porque los habían saludado.

ENTONCES ¿SE FUERON ROMPIENDO MITOS DENTRO DEL EQUIPO?

Absolutamente, inclusive los pacientes llegaron a formar parte del equipo de futbol del hospital, fuimos ideando la red interna, se generó un voluntariado, enfrentamos distintos problemas, el tema de los medicamentos, muchos vendieron casa, los que les quedaba, para poder adquirir los tratamientos, pero esto no era suficiente, entonces el Ministerio (de Salud) tenía una cuota determinada, en una época aquí se dio , que Paola (Profesora guía) se acuerda mucho, que teníamos medicamentos para la cuarta parte de todos los pacientes, y alguien dijo ya... no podemos decir este sí y este no... y la única forma objetiva de hacerlo era hacer papelitos con los números de cada uno de ellos y todos (los funcionarios a cargo) tuvimos que sacar un papelito, y ese papelito significaba que esa persona iba a tener tratamiento e iba a sobrevivir. Fue algo que nos marcó muchísimo.

De allí paso que después los que quedaron seleccionados, en algún minuto se dijo, hay un problema en la importación de los medicamentos probablemente se queden unos meses sin medicamentos, eso significaba que si el virus había estado controlado, iba a ponerme mucho más agresivo. Entonces, llamamos a todos los pacientes y llegaron de otros hospitales, porque ya esto se había masificado, y les planteamos aquí uds. ya tienen que asumir un rol, y nosotros les planteamos esta es la realidad y uds. tiene que tomar una decisión y hacerse parte de esto. Y así partió lo que es hoy día el VIVO POSITIVO (Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas viviendo con

VIH/SIDA), el vivo positivo, creció y creció, trabajó con el Banco Mundial, a nosotros como fundación nos dejó chico, bueno esto paralelamente a nosotros nos obligó antes de llamar a todo este tema del sorteo, a constituir algo que centralizara la atención de las personas pero que no las desvinculara de un hospital público, entonces nos dieron una dependencia, que estaban a punto de destruirse. Lo tomamos como un desafío, ahí como trabajadora social que estaba acostumbrada a hacer proyectos chicos, para municipio, para subsidio o algo así, pero aquí nos fue pésimo en Chile, no había ninguna posibilidad, entonces mandando cartas a todo el mundo, desde la Embajada de Canadá nos respondieron y nos dicen... hagan un proyecto que esté orientada a las mujeres infectadas por VIH, teníamos a mujeres, cada caso... y desde la iglesia nosotros por el tema de la muerte de los pacientes de VIH, tuvimos contacto con los Franciscanos y los franciscanos que nos vieron igual que estaba esta circunstancia de que más hacer, nos pidieron que hiciéramos un proyecto y ahí me puse a escribir un proyecto, primera vez para el extranjero, corto, preciso, no sé qué más ponerle, lo puse con toda la problemática en el corto plazo. Sin saber que esto podría seguir más allá. Lo mismo ocurrió con los franciscanos que hicieron una colecta en el Vaticano y en todas las iglesias de Roma, y todo lo que recolectaron un día domingo nos lo mandaron, que fueron como \$4.000.000 (de la época), y lo mismo con Canadá. A los tres meses teníamos en dinero. Entonces tuvimos que armar una fundación, porque no podíamos usar dineros que no eran nuestros, y creamos una fundación de la cual yo soy fundadora, junto con un médico, somos los digamos, dueños de la fundación que pensamos que duraría tres o cuatro años, pero ya estamos por cumplir veintiséis años.

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE LA FUNDACIÓN? Fundación Arriarán... que fue la primera en Latinoamérica y que de hecho permitió que vinieran pacientes de Perú, Bolivia, y otras partes de Latinoamérica a atenderse acá por la modalidad de atención que existía, porque teníamos médicos, dentistas, matronas, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, entonces ahora solo en control hay más de dos mil pacientes, las escaleras del segundo piso son parte de la sala de espera, el hall, todo. En ese tiempo la gente no tenía trabajo, hoy en día los pacientes reclaman que los atiendan ojala después del horario de trabajo. Ha cambiado la problemática, si hay un problema con los jóvenes menores de 18 años, que están con sospecha de la infección y que posiblemente algunos, por temor a decirles a los padres, porque tienen que venir con los padres se aguanten a los 18 años para tomarse la serología (TARV). También con otro colega, hicimos un anteproyecto de Ley para la no discriminación que en el año 1999 y algo, tuvimos que ir a plantearlo y defenderlo en el congreso, así que por lo menos hemos contribuido en crear una Fundación, a crear esta ley que protege a las personas infectadas por VIH, a aportar para que el VIH esté en el GES, que los pacientes tengan asegurado su tratamiento, que el VIH sea atendido como programa de salud integral biopsicosocial y que toda la población esté reservada. En ese plano ayudamos, también en el principio con mucho esfuerzo, insertarlo al mundo laboral, con esa ley se prohibió que se les exigiera a las personas la serología antes de, y eso nosotros lo transmitimos en todas las jornadas, congresos médicos, políticos, en todas partes. En ese sentido estábamos procurando ahondar el problema. Se han hecho cosas, como trabajo social, pero no hemos tenido tiempo de

escribirlo, porque estamos metidos en todo, yo puedo estar enviando un email a las una o dos de la madrugada, y estoy aquí (en la oficina) a las ocho trabajando. Hay muchas cosas que se han hecho y este programa ha servido para que se formen otros programas, Adulto Mayor (AM), Violencia Intrafamiliar (VIF); y otros. El programa de AM como tal nos correspondió armarlo. Con el programa de lentes para el AM, y desde ahí han seguido originándose programas. Ahora estamos con el tema de migrantes, también trabajamos el tema de la interculturalidad, logramos traer un machi, el machi tenía atenciones en agenda médica con lista de espera, entonces ya el tema de la interculturalidad no es tema acá en el hospital. Existe una primera asociación de funcionarios(as) indígenas, que la creamos acá a través de este trabajo social y sigue siendo la primera y está participando ellos en la consulta, que llamo la Ministra y están trabajando en ese ámbito y con migrantes somos también como departamento logramos que se contratara una funcionaria haitiana que es la facilitadora lingüística.

Entonces el Trabajo social tiene mucho que hacer en salud, es muy transversal.

NOSOTROS ESTAMOS TRABAJANDO LA TEMATICA DE VIH DENTOR DEL ESPACIO DE CÁRCEL, ¿USTED TIENE CONOCIMIENTO DE ...

También fuimos a hacer capacitaciones a la cárcel hace como diez años atrás cuando el tema era tabú, ahí en la galería 13 recuerdo que íbamos acá en Manuel Montt hicimos un convenio con el alcalde de Estación Central y Santiago para favorecer la integración de las personas que estaban en la cárcel, trabajando con el colega que ahora es abogado, en ese tiempo había un colega, con el que trabajábamos en la cárcel para trabajar el tema de las personas infectadas con VIH. **PERO LOS PROTOCOLOS QUE SE UTILIZAN EN SALUD, SON TRANSVERSALES TAMBIEN A GENDARMERIA** Deben ser, porque son guías clínicas que están establecidas para todos por el Ministerio de Salud. **Y DESDE SU EXPERIENCIA EL TRABAJO EN LA CÁRCEL CON PVVIH ES MUY DISTINTO, SE NOTA MAS LA DISCRIMINACIÓN, PORQUE TENEMOS ANTECEDENTES PORQUE TENEMOS ANTECEDENTES DE QUE NO EXISTEN PROTOCOLOS ESPECIFICOS PARA LA POBLACION PENAL QUE VIVE CON VIH, LOS PROTOCOLOS DE ATENCION SON PARA LA POBLACION GENERAL, PERO SABEMOS QUE LAS CONDICIONES DE HACINAMIENTO, LA SITUACIONES DENTRO DE LA CÁRCEL NO FAVORECEL AL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH...** Es que ahí hay un tema mayor, o sea, el planteamiento fue después de que todas las personas podían ser potenciales personas que vivían con VIH, entonces tampoco caer en la discriminación positiva solamente pensaban los que se identificaban como tales, incluso más de riesgo era aquel que no se identificaba, entonces la política debía ser para todos por igual, pero ahí hay un tema estructural que es muy difícil generar alguna mejora en especial, idealmente seria que se nivelara desde las personas que están bien hacia arriba.

DESDE SU EXPERIENCIA ¿QUÉ ES LO QUE LE HACE FALTA EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN? Y ¿CÓMO APORTARÍA EL TRABAJO SOCIAL EN ESE ESPACIO?

En este momento si uds. ven acciones de difusión del impacto del VIH a nivel nacional o

en otros continentes, en prácticamente nula, entonces el trabajador social tiene un rol fundamental a través de las distintas líneas de trabajo y de participación social. La mejor educación es la que uno hace en forma personalizada y la que uno va transfiriendo a través de otros agentes que a su vez la van transmitiendo. Un afiche dice algo, puede llamar la atención, pero cuando uno lo conversa, cuando uno ve por ejemplo, generaciones de Adultos Mayores que han tenido a lo mejor la experiencia, o que por último tienen un nivel de captación del problema y lo pueden dimensionar, podrían ser excelentes gestores sociales, específicamente para este ámbito, para conversar con los jóvenes, con adultos. En este minuto la gente que se está infectando es o muy joven o muy mayor, entonces las políticas sociales, tienen que apuntar hacia eso, yo no estoy tan directamente inserta en la casuística, ahora hay un colega que está trabajando el tema en la fundación... y ojala uds. los puedan transmitir, la mejor forma de educar es directamente con las personas, generar conciencia, nosotros como trabajadores sociales debemos considerar dentro de nuestro rol la concientización desde la toma de conciencia del problema social, en este caso es el VIH, que es imparable, no tiene cura ... **Y ESA CONCIENCIA DE LA QUE HABLA, ¿CÓMO HACEMOS CONCIENCIA A NUESTROS COLEGAS DE LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR EL VIH?** Hay distintas fórmulas, desde donde uno esté trabajando efectivamente si uno está en el ámbito de vivienda, el trabajador social debe preparar a la familia sobretodo en viviendas sociales para que puedan vivir de la mejor forma en esa casa, y uno ya sabe en los sectores, en los barrios, que se van generando grupos, en los jóvenes, la facilidad de acceso a las drogas, la promiscuidad, de repente va todo unido, desde ahí se debe trabajar, los trabajadores sociales en educación, justicia en la cárcel, desde uno este parado se debe hacer educación y prevención, siempre hay un nexo con la prevención y educación, cuando uno tiene la conciencia de trabajo preventivo eso facilita mucho el quehacer profesional, porque uno se documenta, busca y comparte. **ESTAMOS HABLANDO DEL COMPROMISO Y CONCIENCIA APLICADO A LA ACCION, PERO QUE PASA EN LOS OTROS NIVELES, LOS ENCARGADOS DE PROYECTOS Y POLITICAS PÚBLICAS ¿HACE FALTA EL TRABAJO SOCIAL?** Hay una ley, se supone que la ley comanda las políticas sociales, y en este minuto la política social está muy circunscrita al tratamiento antirretroviral para todas las personas que vivan en el país, pero falta la otra parte, la del mundo del desarrollo social, un ministerio de desarrollo social, ir a conversar con la gente a la calle, se le hace educación a personas en situación de calle, insumos para prevención hay, el tema es que hay que trabajar con la gente...

ENTREVISTA RAMÓN REYES, SUD OFICIAL MAYOR (R) GENDARMERÍA DE CHILE, CDP SAN MIGUEL

¿Conoce cuáles son los procedimientos de prevención de VIH/SIDA y ETS que implementa Gendarmería de Chile? R. En cuanto a los procedimientos de prevención, puedo decir que dada la sobre-población existente en los centros carcelarios no son los óptimos, diría que escasos, la mayoría de la población penal, está desprotegida, los que están más a resguardo son los usuarios homosexuales, a los cuales se les protege un poco más, dado a que la mayoría de éstos conviven en pareja. (Prevención mayormente en la entrega de condones).

¿Cómo los reos pueden acceder a los procedimientos de prevención (condones, información, test de Elisa) que implementa Gendarmería de Chile? R. Los procedimientos de prevención, como ya dije, es el condón principalmente, los que son entregados en las enfermerías de los Penales a todo interno que lo requiera. Información es imposible entregársela adecuadamente a toda la población Penal, sobre todo en los Penales de alta congestión.

En cuanto al test de Elisa se envía al interno sospechoso en el caso de Santiago al Hospital Penal.

En su experiencia ¿cree usted que existe conciencia de la prevención en la población penal? R. Yo creo que existe la conciencia de la prevención, con los medios que están al alcance de **Gendarmería de Chile**; pero la gran problemática va hacer siempre el exceso de Población Penal, que hay hoy es casi incontrolable.

En su experiencia, ¿Conoce el comportamiento sexual de la población penal? R. El comportamiento sexual de la población penal, desde que se autorizó a los internos de buena conducta, el venustorio (relaciones sexuales con sus parejas, en lugares especialmente habilitados) han disminuido notoriamente las agresiones sexuales.

¿Existe una relación cercana con los gendarmes para solicitar protección?, R. Los internos, les cuesta mucho acercarse al funcionario para pedir protección. Esto dado a que la mayoría de las veces son violentados sexualmente en contra de su voluntad y por lo tanto, se encuentran amenazados y al requerir de un funcionario, se le va a solicitar el nombre de él o sus agresores (es decir tienen que delatarlos) y eso pone en riesgo su integridad física. Son tildados de “sapos”

En su experiencia, ¿Cuál sería su aporte en relación a la prevención del VIH en el CDP? R. Ante mi experiencia, sobre la prevención del VIH. Al respecto puedo decir, que se debería contratar más personal más especializado en el tema y que se dedique a tiempo completo al trato de la prevención, la que actualmente se encuentra a la deriva (ej. Charlas continuas, seguimiento de internos infectados, atenciones personalizadas, etc.

ENTREVISTA CABO 1ERO C. BELMAR – GENDARMERÍA DE CHILE

Como funcionario de Gendarmería desde tu experiencia o de tus colegas, ¿Existen medidas preventivas de VIH en los recintos, como entrega de preservativos para los reclusos o para las visitas conyugales?

Desde mi punto de vista como funcionario puedo destacar que si existen medidas de prevención contra el VIH, cada cierto tiempo se entregan trípticos con citada información y además de preservativos para el internado como para funcionarios.

¿El área de salud funciona en forma concreta?

El área de salud en la Unidad Penal donde prestó servicio, si funciona en forma concreta pero en precarias situaciones. Estas son: El servicio dental lo ejerce un profesional para más de 500 reclusos sin mencionar a funcionarios que se atienden en ocasiones. Área de kinesiología 1 profesional para dicha Unidad.

Área de Alimentos: 1 profesional Nutricionista que verifica la situación de salud acompañada del encargado del área de alimentos, cabe señalar que los reclusos que padecen de alguna enfermedad, (diabetes, hipertensión etc.) se les entrega una alimentación diferente a los demás.

Área Psicología: 1 profesional que atiende en forma diaria a solo a reclusos que le han pedido su intervención mediante manuscrito o en casos que los reclusos haya atentado contra su vida.

Área Médica: Se encuentra a cargo una enfermera que debe estar de lunes a viernes a además de 2 paramédicos los cuales deben estar en turnos, además debo señalar que un doctor atiende una vez a la semana. Casos más específicos son derivados a Hospital exterior tales como Hospen. (Hospital Penal) entre otros.

¿Tienes conocimiento que se realiza Test de Elisa de los reos al ingreso de los recintos, haz visto que es obligatorio o voluntario?

A la mayoría de los reclusos al momento de quedar en prisión preventiva o reclusión, les toman exámenes de sangre para ver su grupo sanguíneo, test de Elisa además queda como registro de su ADN, para verificar si se encuentra su ADN en algún caso aislado. Dentro de los parámetros es voluntario sobre el VIH.

De lo visto en los recintos, ¿existen acciones concretas para la prevención del VIH?

En el tiempo que llevo trabajando en la unidad, no he visto acciones concretas sobre el tema en específico solo medidas parches, pero en otras unidades existes segmentación de los reclusos que padecen VIH.

Uds. como personal directo ¿tienen capacitación sobre VIH?

Sobre estos temas no tenemos capacitación formal, como tampoco las medidas de seguridad correspondientes en caso de agresión con algún tipo de objeto punzante con sangre infectado.

En su experiencia, ¿Cree que existe la conciencia de la prevención en la población penal?

Bueno, como experiencia personal, si existe conciencia sobre la prevención del VIH, tanto por el internado, funcionarios, además de la jefatura de unidad, me explico.

Por la población penal cualquier persona que padece de VIH, estos tienen un cuidado único con el que la padece es decir no comparten sus cosas entre ellos o simplemente lo aíslan por miedo al contagio o agresión por el interno infectado a un tercero.-

Por parte de los funcionarios, se tiene más precaución ya que las personas que viven con el VIH, durante el tiempo su figura corporal física va decayendo por la enfermedad ya avanzada, también por parte de la jefatura de unidad, mantienen un informe de los internos que padecen del VIH, y en un lapso de tiempo son examinados de forma periódica, además en las unidades penales existe una segregación de la población penal.

**En su experiencia, ¿Conoce el comportamiento sexual de la población penal?
¿Existe una relación cercana con los gendarmes para solicitar protección?**

Bueno en las unidades penales existe un funcionario a cargo de las visitas conyugales, al momento de ingreso de un interno se le solicita información personal de su pareja actual, también se les otorga al internado dos veces al mes la visita conyugal, pero solo los internos que llevan un buen comportamiento dentro de su estadía, además los reclusos no son tan cercanos a los funcionarios para solicitar protección, para los reclusos es más personal y al funcionario le solicitan llevarlo al área de salud a enfermería para solicitar preservativos.