

Lecciones Aprendidas  
Una experiencia de trabajo multidisciplinario  
en ITS y VIH/SIDA en el penal de Lurigancho en Lima, Perú



Lima, Diciembre 2005

*“Por aquellos que fueron olvidados antes de morir”*  
Cesar, interno viviendo con VIH

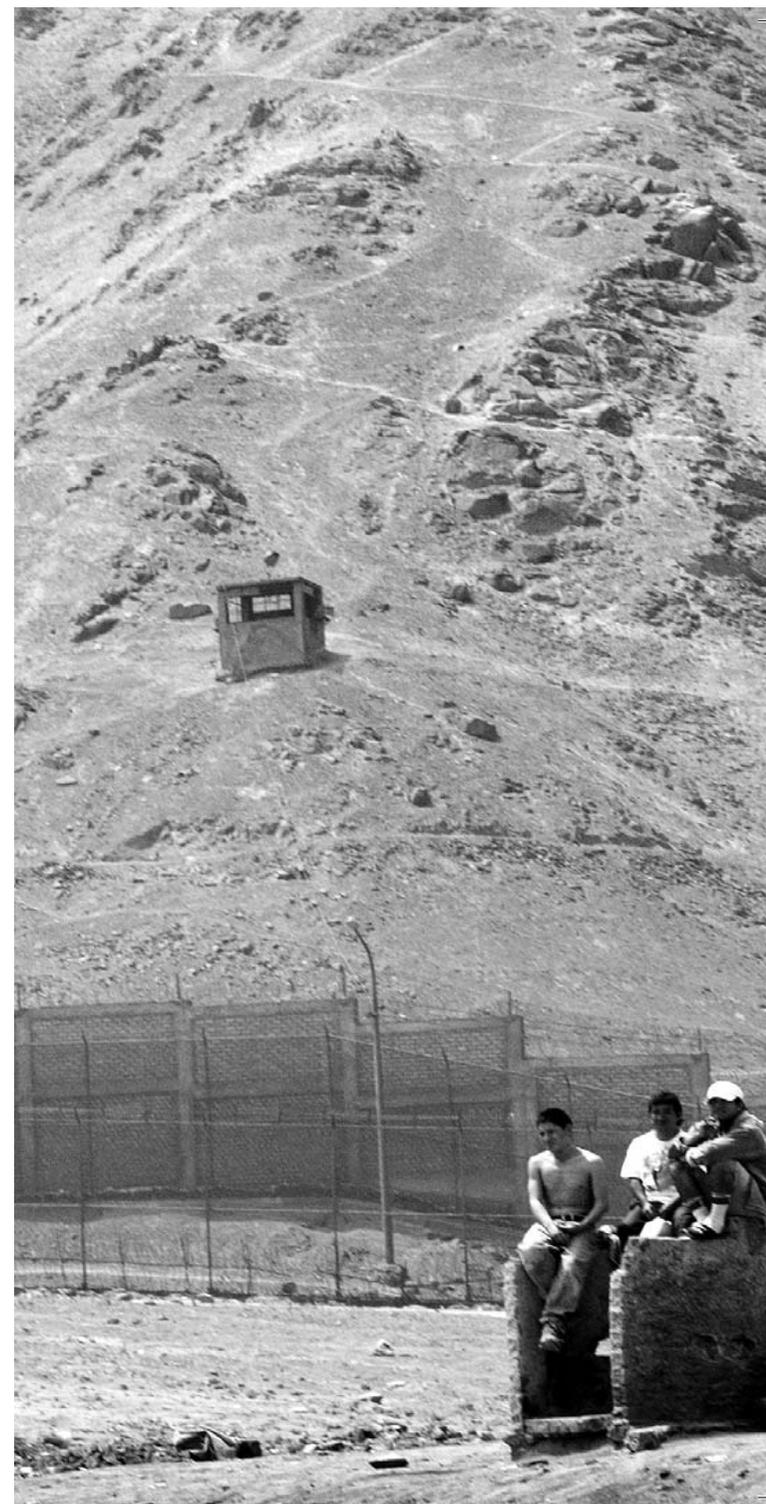


Lecciones Aprendidas. Una experiencia de trabajo multidisciplinario en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA en el penal de Lurigancho, Lima, Perú.  
Proyecto “Control de las ITS y VIH/SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario (EPRCOL), Lima, Perú”

Este documento fue creado y producido bajo la coordinación editorial de Juan José Arévalo.  
El contenido fue elaborado por Yoni Begazo, Ana Ladera, Vanessa Meneses, Joanna Ladomirska, Katelijn Deknopper, Miguel Villegas, Juan Bernales, Piero Gandini y Juan José Arévalo. Contribuyeron también a la revisión y edición Alessandra Oglino y Olga Ruiz. Los testimonios fueron recopilados por Olga Ruiz.

Las fotografías son de Juan José Arévalo © (+portada). El diseño y concepto gráfico son de Juan José Arévalo  
Las fotografías están protegidas por leyes internacionales de Derecho de Autor y no pueden ser reproducidas en ninguna forma sin la expresa autorización del autor.  
Esta edición fue impresa en Diciembre del año 2005

© 2005 Médicos Sin Fronteras / Médecins Sans Frontières



# ÍNDICE

<b>Página 5</b>	Una experiencia de trabajo multidisciplinario en ITS y VIH/SIDA en el penal de Lurigancho
<b>Página 6</b>	Mensaje del Coordinador Nacional de Salud del INPE
<b>Página 9</b>	Antecedentes del proyecto
<b>Página 11</b>	El penal de Lurigancho
<b>Página 16</b>	Desafíos, población objetivo y estrategias
<b>Página 16</b>	Población Objetivo
<b>Página 16</b>	Grupos vulnerables
<b>Página 22</b>	Grupos de soporte o apoyo
	Estrategias
<b>Página 24</b>	<u>Componente preventivo:</u> Componente IEC (Informar, Educar y Comunicar) Estrategias para población general Estrategias para grupos específicos
<b>Página 38</b>	<u>Componente curativo:</u> Actividades Datos y alcances del área curativa
<b>Página 48</b>	<u>Bioseguridad</u>
<b>Página 50</b>	Lecciones Aprendidas Generales
<b>Página 54</b>	Médicos Sin Fronteras, ¿Quiénes somos?
<b>Página 55</b>	Agradecimientos
<b>Página 56</b>	Abreviaciones
<b>Página 57</b>	Bibliografía





# UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO EN ITS Y VIH/SIDA EN EL PENAL DE LURIGANCHO

## E

l Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario Lurigancho (EPRCOL) del Perú es conocido por ser uno de los más poblados de América Latina, más de 8 500 internos viven en un espacio creado para 1 500. En la jerga delincencial se le conoce también como “la universidad” ya que los ingresos nuevos están en contacto permanente con internos con mayor historial delictivo a cuestas. Pocos saben que el riesgo de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) dentro del penal es 5 a 7 veces mayor que en el exterior. Incluso comparado con el resto de los centros penitenciarios del país el penal de Lurigancho tiene una prevalencia del 2,3% mientras que el promedio nacional en los penales del país es 1,1 %, según el estudio centinela de 1999 realizado por la Oficina General de Epidemiología (OGE) y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE).

Las Personas Privadas de Libertad (PPL) tienen los mismos derechos a la salud que las personas en libertad, pero además la salud de éstos está estrechamente ligada a muchas otras personas como sus madres y padres, hermanos y hermanas, esposos y esposas, parejas, amigas y amigos, hijos e hijas. En el penal de Lurigancho durante los días de visita pueden ingresar en promedio 4 mil personas entre familiares, amigos y vendedores que, a su vez, contribuyen a la propagación de enfermedades infectocontagiosas, como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por VIH y la Tuberculosis (TBC) a la sociedad.

Médicos Sin Fronteras (MSF) desarrolló conjuntamente con el INPE<sup>1</sup> un proyecto de control de ITS y VIH/SIDA en el penal de Lurigancho. El enfoque multidisciplinario del trabajo conjunto con el equipo del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (PROCETSS<sup>2</sup>) del penal permitió mejorar la calidad de la atención médica y el trato a las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), capacitar a profesionales de la salud y otras áreas (psicología, social, educativa), apoyar a grupos vulnerables y en general demostrar que el manejo oportuno y adecuado de las ITS y la atención médica integral a las PVVS es posible en contextos tan complejos como los penales. La experiencia de trabajar en un penal ha sido única y un desafío diferente en

la prevención del VIH/SIDA. Durante estos años (2000 – 2005) muchas han sido las actividades realizadas, muchas han sido las discusiones y muchas las anécdotas y sin lugar a dudas muchos serían los libros necesarios para contener toda esta experiencia. En este libro hemos intentado hacer una síntesis de lo más relevante y medular del proyecto. Estas son nuestras “Lecciones Aprendidas” con nuestros errores y logros, pero con la esperanza que sean útiles a los profesionales involucrados en las áreas de salud de otros centros penitenciarios. Hoy, cuando estamos llegando al final de una etapa, queremos compartir esta experiencia con ustedes y contribuir al debate mundial de la lucha contra el VIH/SIDA y las ITS.

Gracias a todos.

Médicos Sin Fronteras



<sup>1</sup> Instituto Nacional Penitenciario

<sup>2</sup> Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida

En el PROCETSS del penal de Lurigancho ya existía de alguna manera un trabajo previo, sin embargo la visión que se tenía de la problemática de las ITS y del VIH/SIDA no pasaba de ser un enfoque centrado en la persona afectada, con un fuerte componente asistencial y sólo grandes esfuerzos por realizar actividades de prevención y promoción de la salud en una institución caracterizada por escasas inversiones en temas como capacitación, provisión de insumos y de recursos humanos entre otros. En el año 1998 se inicia un trabajo en el PROCETSS del penal de Lurigancho con MSF. Se decide efectuar este trabajo en el EPRCOL por ser el penal con mayor población en el país y por tener la mayor cantidad de casos de internos diagnosticados con ITS e infección por VIH/SIDA.

En el Perú, la población penal en su mayoría procede de estratos de pobreza o pobreza extrema y que entre otras características han tenido escaso acceso tanto al sistema educativo formal como al sistema de salud. Al conocer el presupuesto asignado al área de salud en penales, podemos afirmar que los esfuerzos del estado por mejorar las condiciones de vida en las prisiones son escasos.

Es en este contexto donde la presencia de MSF adquiere su verdadera dimensión por que nos permitió:

- Efectuar un diagnóstico situacional para tener una idea de la magnitud del problema de las ITS y VIH/SIDA.
- Consolidar el trabajo en equipo interdisciplinario y en constante capacitación con perfiles de puesto y responsabilidades definidas, incorporando a los trabajadores sociales y psicólogos en esta intervención de una manera más orgánica.
- Sensibilizar a las autoridades sobre la importancia de constituir equipos multidisciplinarios para enfrentar el problema de la ITS y VIH/SIDA, así mismo considerar la permanencia de estos equipos por un tiempo mínimo de 2-3 años para poder darle continuidad al trabajo.
- Contribuir en la relación del trabajo preventivo de salud con el trabajo de otras áreas del INPE (seguridad, administración, tratamiento).
- Disponer de medicamentos para tratar los casos diagnosticados de ITS, así como la preocupación permanente por el tratamiento de las infecciones oportunistas que presentan las personas viviendo con VIH/SIDA..

- Incorporar tratamientos para las ITS y de algunas infecciones oportunistas dentro del petitorio de medicamentos del INPE. Actualmente estamos en proceso de incorporar los preservativos como una responsabilidad institucional.

- Apoyar el trabajo de “advocacy” con el Ministerio de Salud (MINSA) para que intervenga en la problemática del VIH/SIDA en las prisiones. Esto también se realizó con el Ministerio de Justicia.

Además, algunas de estas intervenciones no sólo se han centrado en el EPRCOL sino que se han implementado en otros establecimientos penitenciarios y la tendencia es que se generalicen en todo el sistema lo que implica un mayor nivel de compromiso de las autoridades de los niveles regionales y locales respectivamente.

Las relaciones institucionales con MSF han sido horizontales, transparentes y sinceras y les estamos agradecidos por habernos enseñado eso. Nos agradó el ambiente de trabajo con los diferentes profesionales de la salud de MSF, todos ellos con una experiencia, conocimiento y compromiso con lo que hacían, así como la capacidad de aprender sobre una realidad, ajena en un inicio, y que luego conocieron mejor.



Finalmente, el reto como organización es grande, más aún cuando estamos en un proceso de crecimiento y de organizar el sistema de salud del INPE. Es importante advertir que el tema de sostenibilidad es complejo para países como el nuestro donde la importancia del VIH/SIDA aún no ha calado de manera suficiente en las mentes y los corazones de nuestras autoridades del más alto nivel, al punto que no hay discurso donde explícitamente se comprometan a trabajar en este problema. Muchos de los retos enfrentan también la lucha contra el estigma y la discriminación que en el caso de los internos es doble, una por su condición de ser PPL y otra por ser PVVS.

Agradecemos sobremanera a nuestros amigos de MSF y a sus diferentes equipos que participaron durante estos años en este proyecto en el EPRCOL.

Dr. José Best  
 Director General de la Coordinación Nacional de Salud Penitenciaria  
 INPE





**D**urante mucho tiempo, MSF estuvo interesado en intervenir en el penal de Lurigancho por ser uno de los penales más poblados de Latinoamérica, por tener una organización interna peculiar y una situación muy crítica en salud.

MSF tuvo un primer contacto con los penales y el INPE en 1993 tras una visita a la prisión del departamento de Ayacucho, al sur de Perú. Entre 1995 y 1998 MSF, en coordinación con una organización local<sup>1</sup>, realizó una serie de intervenciones en diversos penales del Perú. Se brindó capacitación al personal de salud del INPE de 13 penales de la región Lima, se apoyó el desarrollo de programas de salud y la creación de un fondo rotativo de medicamentos en el penal de mujeres de Chorrillos en Lima.

Luego de tener autorización para ingresar al penal de Lurigancho, MSF realizó un estudio sobre las condiciones de salud con relación a la TBC, ITS y VIH/SIDA en el EPRCOL entre septiembre de 1998 y junio de 1999. Los resultados permitieron entender los factores de riesgo para la propagación de estas enfermedades infectocontagiosas en el ámbito penitenciario, las necesidades de salud de los internos y el estado real de la atención médica en el penal.

Las principales conclusiones con relación a las ITS y VIH de este estudio fueron:

1. La incidencia de ITS y VIH/SIDA es alta, pero ampliamente subestimada debido a la falta de educación sexual y falta de acceso a atención médica.
2. Los comportamientos de riesgo son muy comunes: prácticas sexuales de riesgo, tatuajes, consumo de drogas, violencia sexual.
3. El manejo de ITS no sigue los estándares del MINSA y podría ser mejorado.
4. La discriminación y estigmatización hace que la vida de las PVVS sea muy difícil. Además su cuidado y seguimiento es insuficiente, debido a que la capacidad y los recursos del PROCETSS del penal son limitados.
5. La interacción con el medio externo hace de la PPL un catalizador para la transmisión de TBC, ITS y VIH hacia la comunidad fuera del recinto penitenciario.

El proceso para ganar la confianza de las autoridades y personal del INPE así como de la población penal para realizar este estudio y posteriormente

<sup>1</sup>KALLPA, Organización No Gubernamental Peruana dedicada a mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes de sectores menos favorecidos, fortaleciendo la salud integral y las habilidades sociales.





implementar el proyecto, fue lento y difícil. La estrategia para superar la falta de confianza de las instituciones fue capacitar al personal de salud de 7 penales de Lima sobre las problemática de las ITS y VIH/SIDA, apoyar en eventos y acontecimientos especiales como el día mundial de lucha contra la TBC y el día mundial de lucha contra el VIH/SIDA y abastecer de medicamentos e insumos (condones, material médico y de bioseguridad). Todo esto acompañado con un soporte de materiales de Información, Educación y Comunicación (IEC) como afiches, folletos y videos.

En definitiva el estudio de MSF lleva a la elaboración del proyecto denominado “Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en el penal de Lurigancho” con el objetivo de reducir la transmisión de las ITS, incluyendo el VIH, y mejorar la calidad de la atención médica en la población del EPRCOL.

## EL PENAL DE LURIGANCHO ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE RÉGIMEN CERRADO ORDINARIO LURIGANCHO (EPRCOL)



**E**l penal de Lurigancho (EPRCOL) se encuentra al pie de un cerro desértico en el distrito de San Juan de Lurigancho, situado a 11 kilómetros al noreste del centro de Lima. El penal, inaugurado en 1964, fue inicialmente construido para 1 500 internos. En Septiembre del 2005, el penal tenía 8 520 internos, es decir, mas de 5 veces su capacidad máxima establecida. Existe además una alta rotación de la población penal de Lurigancho. Los internos del EPRCOL representan al 25,6% de la PPL en el país.

Este penal está destinado para internos varones reclusos por delitos comunes, como robo agravado, homicidio, tenencia ilegal de armas, delito contra el honor sexual y tráfico de drogas. Se internan tanto a reincidentes como a quienes ingresan por primera vez a un penal y aunque debería ser un penal donde el interno cumpliera su condena se utiliza como un penal transitorio debido al aumento delictivo en el país y la lentitud de los procesos judiciales (según el boletín estadístico del INPE de septiembre del 2005 sólo el 14% tenía la condición de sentenciado, mientras que el 84% estaba en calidad de inculcado o procesado).

El penal está dividido en dos áreas bien definidas: una administrativa y otra de reclusión para la población penal. Esta última área está compuesta por pabellones y está dividida en dos sectores: jardín (pabellones impares) y pampa (pabellones pares), separados por un pasaje (el jirón de La Unión). Al momento de ingresar, el interno es clasificado en un pabellón sobre la base de algunos criterios; sin embargo, esta ubicación no siempre es respetada por los internos, quienes pueden auto ubicarse en un pabellón de su preferencia, por ejemplo con gente que proviene de su mismo barrio o distrito.

Además de los pabellones de reclusión existen otros que fueron construidos o habilitados para el tratamiento, rehabilitación o capacitación de los internos. Se trata de la clínica, la capellanía, el pabellón de mantenimiento y limpieza, la panadería, y los talleres industriales. Existe además un área destinada a actividades deportivas, recreativas y de espectáculos conocido como el auditorio central. Actualmente está en construcción una nueva clínica financiada con recursos del Fondo Global (FG).

El penal se ha convertido en una gran comunidad organizada, que funciona como una pequeña ciudad, con sus barrios, sus culturas peculiares, sus servicios y una economía propia cuyo flujo de dinero y de mercancías se ve alimentado tres veces por semana durante los días de visita femenina (Miércoles y Sábado) y masculina (Domingo) así como los días Viernes cuando los talleres, los restaurantes, las tiendas y kioscos del penal son abastecidos por proveedores del exterior.

La población penal tiene sus propios representantes denominados los delegados. Estos existen tanto a nivel de pabellón como a nivel central y comprenden las áreas de salud, alimentación, cultura, disciplina, jurídica, mantenimiento y de deportes. Esta organización con el tiempo ha sido, de alguna manera, reconocida por las autoridades del penal. Este reconocimiento, en su afán de mantener un diálogo con los representantes de la PPL, ha permitido que el penal se mantenga en aparente calma.

En el penal el poder se ejerce, aparentemente, por consenso y por aceptación natural. Los internos tendrían el derecho de elegir delegados y de expulsarlos de sus cargos si no cumplen sus funciones. Pero en realidad el poder depende casi exclusivamente del dinero y del comercio de drogas. Los internos de mayor prontuario son los que ocupan los cargos directivos, este poder es vertical y

ejercido por los llamados *delegado general* y *delegado de disciplina*. Al interior del penal, se comenta que adicionalmente existen otras personas que realmente tienen el poder. Son los llamados taitas. Otros mencionan que los taitas prefieren ahora mantener un perfil bajo y que son los delegados generales o de disciplina los que dan la cara.

La sobrepoblación del penal y la falta de recursos han creado una forma organizacional interna muy peculiar donde los propios internos se encargan de algunas tareas que corresponderían al INPE. Cada interno debe aportar una cuota en dinero a su pabellón que servirá para el mantenimiento de éste, los internos que no tengan dinero deberán realizar tareas de limpieza u otras para poder permanecer en los pabellones respectivos. Aquellos que no pagan, no colaboran y también aquellos internos conflictivos serán expulsados del pabellón (por los propios internos). Por otro lado existen internos que tienen cierta capacidad económica y pueden, incluso, llegar a comprar una celda a otro interno que sale en libertad o es trasladado a otro penal.

Los internos circulan entre pabellones pagando una cantidad de dinero a las personas encargadas de las puertas de cada pabellón, este pago en la jerga del penal se denomina “taxi”. Además durante los días de visita el contacto de la población privada de libertad y sus visitas es directo y por varias horas lo cual tiene una importante repercusión sanitaria.

El presupuesto asignado para la alimentación se mantiene alrededor de 1 dólar por persona-día, insuficiente para una alimentación adecuada. También los internos deben contribuir económicamente para mejorar la ración alimenticia, cuyo costo varía entre pabellones según su capacidad económica.

El Órgano Técnico de Tratamiento (OTT) del INPE trabaja la rehabilitación, re-socialización y reinserción de los internos a través de las áreas de psicología, social, legal, educativa (Centro de Educación Ocupacional, CEO) y trabajo (pabellón industrial, panadería). En el penal existen otros actores como son la capellanía que cuenta con un pequeño botiquín, biblioteca y con el centro de desintoxicación ANDA (Alcoholismo, Narcótico, Delincuencia Asociada) y otros grupos evangélicos.

“Mas droga comercias, más poder tienes...”

**Interno.**

## Acceso a la salud en el EPRCOL

Dentro de la realidad penitenciaria en general la salud se encuentra muy limitada sin una adecuada gestión de recursos, con un sistema poco estructurado, bajo control de las autoridades del INPE que priorizan la seguridad y rehabilitación y no la salud. De manera evidente falta una coordinación entre MINSA e INPE para una intervención y supervisión de los programas de salud pública a nivel de los penales.

Desde el 2004 se desarrolla a nivel nacional el *Plan integral de salud para las PPL en los establecimientos penitenciarios del país*. El objetivo es fortalecer las áreas de salud aplicando la política nacional de salud del MINSA en el ámbito penitenciario. La creación de la *Dirección General de Salud Penitenciaria* reconocida dentro del organigrama funcional del INPE es la base para lograr este objetivo.

En el penal de Lurigancho existe una clínica que ofrece distintos servicios como consulta médica externa, programas de salud (PCT y PROCETSS), farmacia, salas de hospitalización, radiología, laboratorio clínico, odontología, psicología, psiquiatría y servicio social. Cabe destacar que la infraestructura de la clínica no responde a las necesidades de los pacientes ni del personal médico debido a que fue habilitada en un antiguo pabellón. El tercer piso del pabellón, ocupado por el PROCETSS, fue rehabilitado en el año 2002 por MSF.

El acceso a los servicios de salud en el penal está limitado por diversos factores institucionales y culturales. Para las autoridades del INPE, y de la Policía Nacional del Perú (PNP), la seguridad prevalece sobre la salud, así mismo la asignación de recursos y personal de salud es insuficiente. El MINSA tampoco interviene de manera decidida en la salud penitenciaria y supervisa poco los programas de salud.

Por otro lado, la salud no es prioridad para el interno. Para ellos más importante es su posición dentro del penal según sus propias jerarquías de poder y su situación judicial. Así mismo, como la mayoría procede de estratos marginales, algunos toleran sus dolencias y acuden por atención médica sólo cuando su situación es grave, otros consumen drogas y perciben la clínica como un lugar en donde pueden obtener ganancias, como la simulación de una enfermedad para





la obtención gratuita de un medicamento que luego puedan vender. Estas dos situaciones son perjudiciales para el interno y crean percepciones inadecuadas en el personal de salud respecto a ellos.

La falta de capacitación permanente del personal, su rotación frecuente, ambiente de trabajo inadecuado, la atención de usuarios con difícil comportamiento y la inadecuada concepción de los internos deterioran la relación entre el usuario y el servidor de salud, y ésta se vuelve conflictiva y con poca calidez.

MSF contribuyó en la organización de los servicios de salud (organigrama, perfiles de puesto y redistribución de cupos<sup>1</sup> de atención, etc.), en el mejoramiento de infraestructura (tercer piso de clínica, área de desechos y ambiente para captación de sintomáticos respiratorios), en la capacitación y sensibilización del personal de la clínica, en el abastecimiento de medicamentos e insumos logísticos y de laboratorio. El sistema de atención por cupos surgió para garantizar el acceso a salud de los internos, pero sigue insuficiente, excluye a los internos sin pabellón y limita el acceso de pabellones más poblados.

<sup>1</sup> Cantidad de internos que pueden acceder a la clínica por semana y por pabellón.

La atención en el PROCETSS es a libre demanda y no está limitada por el sistema de cupos. El equipo multidisciplinario fue capacitado, comprometido y luego acompañado en el desarrollo de actividades y estrategias. Actualmente, como resultado de la intervención, se brinda atención de calidad y con calidez.

Los delegados de salud son importantes para el acceso de los internos a la salud. Ellos atienden los problemas de salud menores dentro de los pabellones y están involucrados en el acceso a la clínica (sirven de nexo entre el personal de salud y la población penal). Además, existen los colaboradores quienes son internos que ayudan en las actividades diarias de la clínica, como limpieza, transporte de pacientes, etc.

---

*“Al personal de salud siempre lo respetan y protegen. En la reyerta de febrero pasado nos encontrábamos en un pabellón porque habíamos ido a dar una charla a los promotores. De pronto escuchamos disparos pero seguimos con la actividad. Cuando ya se oían por todas partes, quisimos salir pero el alcaide se fue. Me dijo “usted se queda señorita?” yo le dije que no, pero él ya se había ido. Los internos me dijeron que ellos me acompañaban. Salieron conmigo protegiéndome y me escoltaron hasta la malla, hicieron como una murallita a cada lado y yo iba en medio...”*

#### **Profesional del PROCETSS del penal de Lurigancho**

*“La primera dificultad en la clínica es la falta de personal. Hay casi 9 mil internos y somos 45 entre el personal médico. Todo esto queda chico frente a la gran demanda. Los médicos atienden entre 70 y 100 internos por día de consulta. Las ITS y el VIH concentran una gran demanda de atención. También la TBC...”*

#### **Profesional de la clínica del penal de Lurigancho**





## Población objetivo

El gran desafío de un proyecto de control y prevención de ITS/VIH ha sido la elaboración de estrategias que nos permitiesen cumplir los objetivos trazados. En este sentido fue fundamental el conocimiento de la realidad del penal, la identificación de los grupos vulnerables y los grupos de soporte, la consolidación de las relaciones entre la población del penal, los profesionales del INPE y MSF, el manejo del lenguaje o jerga del penal y el uso de recursos humanos calificados.

Si bien es cierto que al inicio del proyecto nuestros esfuerzos se orientaron a un componente curativo, poco a poco el componente preventivo fue tomando fuerza como un aliado privilegiado en el logro de nuestros objetivos. Este componente preventivo y promocional fue desarrollándose, como es lógico, a medida que aumentaba el conocimiento de la realidad del penal y de los diferentes grupos beneficiarios del proyecto. En el 2003 se consolidó una estrategia clara de IEC en la que resultaba fundamental la creatividad y la imaginación en el momento de trasladar mensajes al público objetivo.

La identificación de la población objetivo fue imprescindible para el diseño de una estrategia particular para cada grupo y en la adaptación de los mensajes a las necesidades de cada uno.

### GRUPOS VULNERABLES

**Población general:** la población general del penal, por las características de hacinamiento, sentimiento de abandono, vulnerabilidad psicológica, presión social y violencia física constituye un grupo vulnerable en su totalidad. En el penal se “potencian” los factores que permiten una mayor incidencia en la transmisión de ITS y VIH por la realidad de los encuentros sexuales frecuentes, variados, diferenciados y encubiertos.

De acuerdo a los ingresos a un penal, existen dentro de la población del EPRCOL 2 clases de internos:

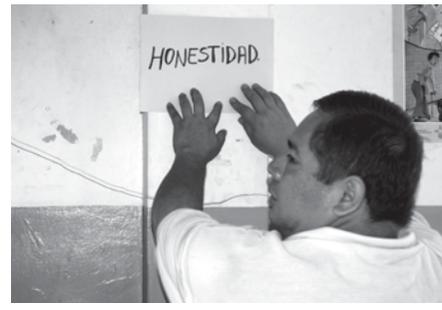
**Población primaria:** principalmente son jóvenes de 18-25 años siendo esta su primera experiencia en penales. Están clasificados mayoritariamente en el pabellón 1 aunque también los encontramos en otros pabellones. Fueron identificados como uno de los grupos vulnerables por ser población joven, por ser esta su primera vez en penales, y por estar especialmente expuestos a situaciones riesgosas y prácticas sexuales de riesgo.

*“Aquí somos una población “puente”, aquí llega todo el mundo. Aquí hay internos que tienen su mujer, su amante y su maricón. Tener su maricón no se ve tan raro, es como tener una propiedad, por eso lo llaman “carrito”, es como tener un carro. El sexo con hombres no está prohibido”*

Ex delegado de salud

*“Recordemos lo que nos pone en riesgo no es lo que somos sino lo que hacemos”*

Delegado de salud



**Población reincidente:** aquellos internos que tienen antecedentes de ingreso previos a penales. Tomando los números de ingresos de los años 2003 y 2004 se estima en 6 mil el número de personas que ingresan cada año al penal de Lurigancho, siendo solo un 35% población primaria.

**Personas con síntomas de ITS:** corresponde a los internos con síntomas sugerentes de ITS que acuden o no al PROCETSS. Las ITS inflamatorias o ulcerativas facilitan la transmisión del VIH, por lo que las personas con ITS tienen mayor riesgo de contraer el VIH. En la clínica del penal se diagnostican 30-35 casos de ITS por mes, siendo la úlcera genital la más frecuente (55% - 70% de casos).

**Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y sus familias:** las PVVS son aquellos internos que se diagnostican con infección por VIH en el penal o ingresan al mismo con el diagnóstico realizado en el exterior (por razones médicas y legales es necesario confirmar el diagnóstico). En el penal, las PVVS son objeto de múltiple estigma y discriminación: por ser internos, por tener el VIH, muchos por consumir drogas, algunos por tener comportamiento homosexual y otros por proceder de estratos sociales muy pobres.

---

*“En el pabellón te discriminan hasta con la mirada, te miran como si ya estuvieras muerto, como si estuvieras insultándoles, eso le hace decaer a uno. Le gritan delante de todo el mundo “eh, sidoso! Vete a tu cola pa’sacar tu paila” le están humillando a uno y eso le cohibe a uno. Entonces la persona que tiene VIH no sale de su celda ni va a buscar la comida por temor a eso. O a veces sale y se va del pabellón porque prefiere vivir afuera y dormir por ahí en el jirón o en cualquier parte. Es duro pero es mejor porque nadie te recuerda que estas enfermo...”*

#### Interno con VIH

Son personas más vulnerables a enfermedades infecciosas, fácilmente se complican y tienen alta mortalidad, así mismo su calidad de vida es mala dentro del penal. Muchos de ellos no comparten su diagnóstico con sus allegados dentro del penal por vergüenza, temor o falta de información. A veces tampoco lo hacen con su familia, aunque muchos no tienen una verdadera estructura familiar y otros son discriminados por su propia familia. Se buscó fomentar el vínculo familiar para el soporte emocional y de apoyo requerido.

A octubre del 2005 había 97 PVVS seguidos en el PROCETSS del penal de Lurigancho, aunque esa población es fluctuante debido a la alta movilidad de ingresos y egresos al programa.

Al mismo tiempo que se consideró a las personas viviendo con VIH/SIDA, sus familias también fueron consideradas como grupo objetivo del proyecto.

---

*“En el pabellón muchos tiene la enfermedad pero no les importa. Yo pienso que los enfermos de VIH deberían tener un trato más especial, más ración de comida, mejor trato... porque si no hay eso, la persona se debilita y se acaba...”*

#### Interno con VIH

*“Cuando me dijeron que yo era positivo ya sabía lo que era el VIH porque mi hermano falleció de eso. El SIDA es una enfermedad que si te descuidas te puedes morir y hay que cuidarse. Yo he tenido varias recaídas y paro más en la clínica que fuera, pero el tratamiento sólo se puede seguir bien acá porque la calidad de vida que se lleva en el pabellón no es buena. Allá uno no descansa, no se duerme bien, no hay frazadas, hay mucho vicio, la luz prendida, le molestan a uno... y esta enfermedad necesita descanso para recuperarse...”*

#### Interno con VIH



**Comunidad Virgen de la Puerta:** La Comunidad es un grupo de internos auto reconocidos como homosexuales, con identidad de travestís, que muchas veces son reprimidos dentro del penal. La mayoría se ubica en el pabellón 3. Algunos se dedican al corte de cabello para tener ingresos pero la mayoría realiza trabajo sexual dentro del penal, lo que los hace más susceptibles de contraer ITS y VIH/ SIDA, y de hecho constituyen el grupo de mayor seropositividad al VIH y RPR (prueba para sífilis).

La dinámica de este grupo es muy peculiar ya que además de ser varones que se autodefinen y reconocen como travestidos muchos de ellos no saben definir ni saben del porqué de su identidad sexual. Su nivel cultural y educativo es bajo, la gran mayoría tienen estudios primarios incompletos y pocos tienen estudios secundarios completos. La comunidad está constituida entre 25 y 30 personas en promedio.

Los miembros de la comunidad son percibidos, junto a las trabajadoras/es sexuales que llegan al penal los días de visita, como agentes transmisores de las ITS o del VIH, lo que deriva en que el resto de la población no asuma nunca la responsabilidad de cuidarse durante las relaciones sexuales.



---

*“En la comunidad Virgen de la Puerta hablamos mucho de todas las cosas y nos apoyamos. Cuando yo necesito cocinar pido un arrocito prestado o si a una le hace falta una papita alguien se la da, nos pasamos los politos... si estuviéramos separadas, nos ahorcarían, hay chicos malcriados que quieren hacernos cosas, nos molestan, nos manosean, nos tocan el culo cuando pasamos y quieren aprovecharse. Por eso casi nunca salgo y si lo hago no voy sola. Como somos mariconas... MSF nos ha enseñado a cuidarnos. Yo siempre vengo a las charlas de autoestima, con la señora Yoni, Anita...”*

**Integrante de la Comunidad Virgen de la Puerta**





**Trabajadoras Sexuales:** entre las mujeres que ingresan al penal en días de visita femenina, entran también algunas trabajadoras sexuales. Aún siendo un procedimiento no reconocido dentro del penal, es una realidad que hay que afrontar en el contexto de un programa de ITS y VIH/SIDA.

*“Las trabajadoras sexuales que ingresan al penal dos días por semana durante las visitas femeninas, son mujeres normales, madres solteras o con marido a veces, que entran al penal como una forma de trabajar y de ganar dinero. Además del trabajo sexual algunas mujeres entran a vender, otras tienen ingresos afuera. Hay temporadas en las que vienen más que otras, por ejemplo, en el Día de la Madre, por Navidad, cuando es su cumpleaños o cuando es la entrada de los niños al colegio. Se sacan su plata para ocasiones especiales o les pagan con comida o droga”*

### Profesional del PROCETSS del penal de Lurigancho

**Grupo LASZER (Lacras, Sin Zapatos, Refugiados):** nombre dado al conjunto heterogéneo de internos que no pertenecen a ningún pabellón y no tienen un lugar definido para vivir. Generalmente los encontramos en los techos, patios, pasadizos o en cualquier lugar, fuera de los pabellones, en donde puedan pasar la noche, lo que los convierte en víctimas potenciales de agresiones sexuales y prácticas sexuales de riesgo, por lo tanto vulnerables a ITS y VIH/SIDA. Su heterogeneidad dificulta la documentación de indicadores de riesgo específicos.

Como no pertenecen a ningún pabellón, los LASZER no tienen acceso a muchos de los servicios ofrecidos por el penal como la ración alimenticia o acceso a la clínica. Generalmente no reciben visitas y existe entre ellos un elevado consumo de drogas. Además, y por sus condiciones de vida, son una población altamente estigmatizada entre quienes encontramos:

**Los Sin Zapatos:** son gente marginal muy pobre que vive y se alimenta de las sobras de los pabellones o de la basura. Este grupo deambula por el penal y no son agresivos.

**Los Lacras:** al igual que los sin zapatos son internos que se alimentan de sobras o de basura. La dependencia a las drogas en este grupo es más elevada. Se les considera agresivos y están constantemente al acecho para robar o vender sus pertenencias para adquirir drogas.

<sup>1</sup> Celdas colectivas

**Los Refugiados:** internos que han sido expulsados de sus pabellones por razones de indisciplina o por no haber pagado sus deudas con los delegados. La condición de refugiado es común en el penal, pero en la mayoría de los casos es de forma transitoria.

Se consideran, también, dentro del grupo LASZER a los internos que viven en las llamadas Malvinas<sup>1</sup> de los pabellones 6, 8 y 10, los que deambulan durante el día y por la noche conforman pequeñas chozas para dormir en los patios, en los jardines y en lugares descampados como en la chacrita frente al pabellón 21. Otros LASZER viven en los techos de sus pabellones, donde realizan la función de centinelas y por esta razón son protegidos por los delegados. También existe un grupo de internos que viven en el techo del auditorio del penal y buscan alimentos en el pabellón 15.

En el año 2004 fue creado el pabellón 21 destinado a internos sin pabellón. Con el paso del tiempo este pabellón se ha organizado como el resto de los pabellones del penal llegando a obtener derechos como la ración alimentaria y cupos para acceder a la clínica. La creación de pabellón 21 ha resuelto el problema temporalmente. Sin embargo, siendo un pabellón organizado como los otros pabellones del penal, no responde a las necesidades de población LASZER que se mueve de manera constante.

La población denominada LASZER puede estimarse en un 5% de la población penal en el EPRCOL.



## GRUPOS DE SOPORTE

**Equipo multidisciplinario:** conjunto de profesionales de la salud que trabaja las actividades preventivas, promocionales y asistenciales en el PROCETSS del penal de Lurigancho. Conforman el equipo multidisciplinario médico, enfermera, psicólogo, asistente social, obstetras (como consejeras), personal de laboratorio y farmacia. El personal de MSF se integró a este equipo para la implementación de las actividades planeadas en el proyecto. En los primeros años el equipo MSF estaba conformado solo por personal médico, con el avance del proyecto a este equipo se integraron psicólogas para todas las estrategias preventivas y promocionales.



*“En el INPE, el único PROCETSS que funciona es el de Lurigancho. Aquí somos un equipo y la atención es integral, una cosa va de la mano de la otra. Un paciente puede necesitar atención médica si tiene VIH pero si luego se deprime y deja de tomar su medicación va a necesitar una consejería y para eso están los psicólogos. Los equipos multidisciplinarios empezaron con MSF, llegaron con muchas ideas, organización y experiencia, todo eso hay que reconocerlo. Quizás la parte negativa fue la sobreprotección al interno. Todo el mundo les ve como seres humanos pero cuando los internos quieren algo, también buscan la forma. Con el tiempo ellos (MSF) también aprendieron a no ser tan confiados”*

**Profesional del PROCETSS del penal de Lurigancho**

**Los Delegados de Salud:** los delegados de salud son los internos que representan a los diferentes pabellones del penal en asuntos de salud.

Comparados con los otros delegados, los delegados de salud están menos valorados. Se les percibe con menos poder al no ejercer autoridad directa en la vida de los internos, estando sólo al servicio de las necesidades de estos. Además la salud es un concepto muy poco valorado por el interno por lo cual no se encuentra entre sus prioridades inmediatas.

Los delegados de salud constituyen un nexo entre la clínica y los pabellones, facilitan el acceso a la salud de los internos brindando una atención primaria y controlando el acceso directo a la clínica (distribución de cupos y gestión de casos de emergencia). De igual manera, el delegado de salud facilita que las inquietudes y necesidades de salud de la población penal sean transmitidas al delegado general para que esta a su vez las transmita a las autoridades del penal.



*“Trabajar en un penal es muy diferente a hacerlo fuera porque aquí hay normas propias que no tienes por que conocer al principio. Por ejemplo, los delegados de salud. Dentro de la organización interna del penal, son personas con responsabilidad y ellos son intermediarios entre el personal de salud y los internos. Respetamos su poder, nos coordinamos con ellos y les pedimos ayuda para coordinar actividades. El resto del penal les respeta”*

**Profesional del PROCETSS del penal de Lurigancho**



Durante un taller con delegados de salud se les explica cómo utilizar la mascarilla de protección para tratar con personas afectadas por la Tuberculosis.



## COMPONENTE IEC (Informar, Educar & Comunicar)

El componente IEC es la estrategia que brinda conocimientos y orientación a una población determinada, para promover actitudes y comportamientos asertivos con respecto a la prevención de ITS y VIH/SIDA. Se pueden utilizar muchas formas para llegar al público y lograr la identificación pertinente: un folleto, un video, una obra de teatro, una charla, un taller de capacitación y otras actividades creativas que permitan transmitir nuestros mensajes. La elaboración e implementación del material IEC necesita la participación de los actores involucrados.

La incorporación del componente IEC se hizo realidad con un programa de comunicaciones para la prevención de ITS y VIH en el penal de Lurigancho, cuyo objetivo final era promover el cambio de comportamiento en la población penal hacia la práctica de relaciones sexuales seguras, centrándose en el uso correcto del condón y así reducir la transmisión de ITS y VIH entre la población interna y externa del penal. Este programa se complementó con una estrategia que facilitó el abastecimiento de condones y el mejoramiento del acceso a la clínica.

Charlas informativas estuvieron dirigidas a las autoridades del penal, PNP, profesionales diversos de salud y del órgano técnico con el objetivo de sensibilizarlos sobre temas de VIH/SIDA e ITS e involucrarlos en los objetivos del proyecto.



# EL MATERIAL IEC

La confección de cada material IEC partió de necesidades de información y de medios pertinentes, planteadas por la misma población objetivo, la población de soporte y el mismo equipo MSF del proyecto, durante reuniones, charlas y grupos focales de concepto. La población de internos participó en la elaboración de los diseños y textos adaptados a cada grupo.

Diversos y variados fueron los materiales diseñados, confeccionados y distribuidos durante la incorporación del componente IEC al proyecto (folletos, afiches, rotafolio y guía de aplicación, autoadhesivos, calendarios, polos y material gráfico en general).

Los materiales lograron reconocimiento por parte de las autoridades del INPE y del MINSA. Inclusive materiales como el rotafolio son utilizados por otros penales de Lima y provincias.

**Toda estrategia de IEC debe tener mensajes concretos y adaptados** a la población del penal. Así mismo, **los internos deben estar involucrados** en la elaboración del material previendo suficiente tiempo para la validación de estos para así lograr un equilibrio en la formulación de los mensajes entre lo que es jerga del interno y lo que es aceptable para el personal que lo va usar. De igual manera, es importante **sensibilizar e involucrar a los profesionales** en el proceso de elaboración y validación de materiales de IEC.





## ESTRATEGIAS PARA POBLACION GENERAL

### Intervención en los pabellones

La intervención IEC en pabellones surgió de la necesidad y el deseo de promover de forma directa el acceso a la información sobre la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. De esta forma los internos pueden percibirse como sujetos vulnerables, y así promover el cambio de su comportamiento frente a situaciones de riesgo como las relaciones sexuales sin protección.

Esta estrategia tuvo tres ejes fundamentales: el primero era llegar o beneficiar, con los mensajes de prevención, al máximo número de internos sin la necesidad de que estos salgan de sus pabellones, el segundo fue promover el acceso a la clínica y a la consejería y el tercero, ofrecer el despistaje temprano de las ITS como medio para prevenir la infección por VIH.

Inicialmente la estrategia de IEC en los pabellones fue diseñada para intervenir en dos pabellones, uno del área pampa y el otro de jardín con el fin de obtener una visión preliminar que posteriormente pudiera extenderse al resto del penal, ya que estos dos pabellones presentaban características disímiles entre sí y por lo tanto requerían intervenciones específicas.

Se elaboró un plan de actividades para aumentar la conciencia y el conocimiento en la población respecto a los riesgos de las infecciones con ITS y VIH, con la finalidad de modificar actitudes y comportamientos arriesgados. Este plan de actividades fue dividido en tres etapas: *acercamiento*, *mapeo de zonas* y *charlas de Información y sensibilización*.

**Acercamiento:** se establecieron contactos con los profesionales (asistentes sociales, psicólogos), seguridad interna (alcaides) y delegados del pabellón (general, de salud y de disciplina). Con ellos se coordinó la realización de charlas informativas a los grupos de terapia de psicología y social con los cuales ellos trabajaban, así como a otros internos que no estaban considerados dentro de estos grupos de terapia.

**Mapeo de zonas:** se evaluaron las características organizativas de los pabellones, lo cual nos ayudó a entender mejor la dinámica de la vida de los internos. Esto, a su vez, permitió adaptar y planificar nuestras actividades en función de horarios, costumbres y locales en donde se efectuarían las charlas. También se buscó identificar los lugares y espacios de encuentro sexual así como conocer con qué infraestructura contaba cada uno de los pabellones.

**Charlas de información y sensibilización:** se realizaron charlas informativas para llegar al mayor número posible de internos y lograr buena cobertura. Además, fue necesario desarrollar diversas actividades deportivas, concursos, campañas de distribución de condones, exhibición de material IEC, conmemoración del día mundial de lucha contra el VIH/SIDA, campañas y circuitos de salud.

Si bien la estrategia para la población general permitió conocer y comprender mejor el contexto al interior del penal, los resultados son menos efectivos que los obtenidos con grupos definidos.

## Estrategia para recién ingresados (Primerizos)

Una de las estrategias que ha garantizado mayor cobertura de los mensajes de riesgo y prevención de ITS y VIH ha sido la que se centró en los recién ingresados que incluye tanto a los primarios (que entran por primera vez al penal y por tanto desconocen su funcionamiento y los riesgos para su salud) como a los reincidentes (que tienen antecedentes de ingreso a un penal).

La estrategia brinda información a los recién ingresados que les permite reconocerse como sujetos de riesgo de adquirir una ITS, VIH o TBC, promueve los servicios que se brindan en el EPRCOL y permite la detección temprana de casos y el tratamiento oportuno y eficaz de las ITS y TBC.

Esta estrategia incluye los componentes preventivo promocional y curativo.

El preventivo promocional consiste en una charla de información sobre los riesgos y formas de prevenir ITS, VIH y TBC. Se refuerza esta información con la entrega de material IEC, condones y lubricantes.

La parte curativa consiste en la atención médica de rutina al ingreso del interno al penal donde se aplica la “Ficha de Evaluación y Derivación a los Programas de Salud “ que fue elaborada buscando un nexo mas ágil con los servicios de salud. Este cuestionario se diseñó en un formato de check-list que permite descartar infecciones varias y muy especialmente ITS, VIH y TBC. En caso de sospecha de enfermedades se le entrega una cita para la clínica del penal y por otro lado se informa al personal de salud para el seguimiento del caso.

Con esta estrategia se ha llegado a más de 8 mil internos en los últimos 2 años (septiembre 2003 a septiembre 2005). Así mismo, en el 2004 de las 1 486 consejerías realizadas en el PROCETTS del penal, el 21% fueron realizadas a personas que habían sido beneficiarios de la estrategia. Ese porcentaje corresponde exactamente al incremento de las consejerías entre 2003 y 2004.

Con esta estrategia de recién ingresados se logra llegar a un gran número de población penal con baja inversión de tiempo y recursos.





## Inundación de condones

La disponibilidad de condones dentro del penal es fundamental para la prevención de las ITS y VIH/SIDA. La distribución gratuita de condones es parte de las actividades preventivo promocionales del PROCETSS.

Desde del 2001 con el apoyo de MSF se realiza la distribución regular de condones, priorizando a los grupos vulnerables. Dos años mas tarde se introduce una estrategia de inundación de condones que consiste en la distribución de los mismos, acompañados de lubricantes y folletos, en su pabellón durante el almuerzo (hora de la “paila”) una vez por mes y, además, en la víspera de días festivos, como por ejemplo año nuevo, día del padre, fiestas patrias y día mundial de lucha contra VIH/SIDA.

Actualmente esta actividad esta totalmente asumida por el equipo multidisciplinario del PROCETSS con el apoyo de otros profesionales de la clínica y delegados de salud.

## Campaña de salud

La campaña de salud es una actividad que se realiza dentro de los pabellones o en el auditorio central del penal con la finalidad de abarcar a un número importante de internos. Esta actividad moviliza a los profesionales de salud para brindar atención integral a las personas con pocas posibilidades de acceder a la clínica, como por ejemplo los internos que no pertenece a ningún pabellón.

La actividad comprende un área de promoción (charlas informativas sobre ITS, VIH/SIDA y TBC y el desarrollo del circuito de salud), un área de prevención (consejería y oferta de pruebas para descarte de TBC, VIH y Sífilis) y un área curativa (atención médica y odontológica), además de otras de actividades artísticas y corte de cabello.



## El circuito de salud

Es una actividad lúdica educativa y de competencia que permite identificar el nivel de conocimientos que los participantes tienen sobre ITS, VIH/SIDA y brinda información complementaria sobre el tema. Esta actividad fue adaptada para integrar un tema educativo con un juego de competencia. Los participantes deben aplicar sus conocimientos para la resolución de problemas con mensajes relacionados con ITS y VIH/SIDA.

El circuito de salud consta de 8 pasos, 4 de las cuales se refieren a temas de interés en ITS, VIH/SIDA (identificación de ITS, uso adecuado del condón, estigma y discriminación y conductas de riesgo en VIH/SIDA). Los otros 4 pasos son dinámicas de juegos que permiten a los participantes relajarse y competir sin necesidad de un conocimiento previo acerca del tema (carrera en sacos, tirar la cuerda o la carrera de la cuchara y el huevo).

Esta actividad puede ser adaptada a otros temas de salud (por ejemplo TBC, nutrición y salubridad).

## Día mundial de lucha contra el VIH/SIDA

Con motivo de la celebración del día mundial de lucha contra el VIH/SIDA se preparan diversas actividades que serán presentadas en un acto conmemorativo frente a toda la población del penal. Se organizan concursos artísticos (danzas, música y dibujo), pasacalles y circuitos de salud con el objetivo de promover los mensajes de prevención del VIH/SIDA, de reducir el estigma y la discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA al interior del penal de y sensibilizar a la población penal en estos temas. Las actividades tienen como acto final el 1 de diciembre en el auditorio del penal donde se premian a los ganadores de los diferentes concursos.

# ESTRATEGIAS PARA GRUPOS ESPECIFICOS

## Estrategia para Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS)

Inicialmente se realizan cursos de capacitación y reforzamiento en temas de consejería, abordaje psicológico y social en VIH, dirigido a los profesionales del PROCETSS. Estas capacitaciones tenían como finalidad informar y sensibilizar

en la problemática a fin de lograr un discurso unificado respecto a ITS y VIH/SIDA trabajando mensajes preventivos y promocionales sobre salud, consejería, sexualidad, estigma y discriminación y adherencia a los tratamientos. Al mismo tiempo se trabajó con las PVVS mediante la realización de trabajos grupales para brindarles información sobre temas vinculados a la infección; posteriormente se incluyeron talleres intensivos de autocuidados.

La finalidad de los cursos-talleres es de ofrecer a las PVVS una serie de

herramientas útiles para facilitar la comprensión de los diferentes aspectos de la infección por VIH. Entre los temas prioritarios se destaca las infecciones oportunistas, las conductas y comportamientos de riesgo para la re-infección, los tratamientos que existen actualmente, el comportamiento sexual y otros temas como el compartir su diagnóstico a fin de que puedan mejorar la comprensión sobre la enfermedad y sobre todo lograr que asuman su compromiso de su autocuidado.

Los grupos terapéuticos era la estrategia donde las personas podían, además de compartir un espacio por un tiempo limitado, compartir sus emociones, temores, sentimientos y ansiedades. Además se organizaron talleres ocupacionales como el taller de curso de guitarra y el taller de manualidades (elaboración de adornos navideños y de mantas).



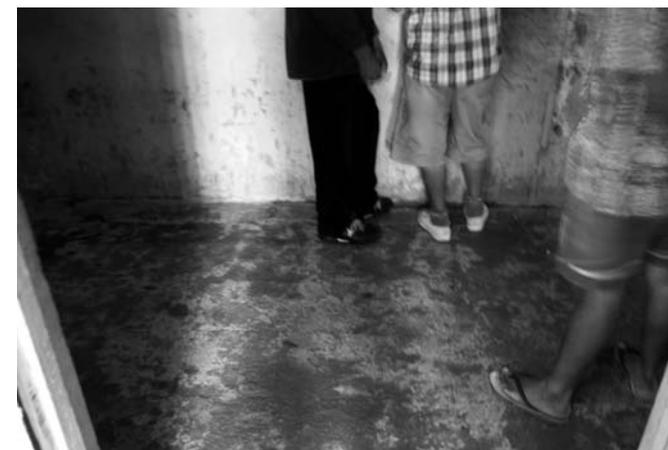
Dentro de la estrategia para el fortalecimiento colectivo, se propició la conformación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Hubo intentos de conformación de los GAM, pero finalmente no fue posible consolidar su acción debido a la complejidad del entorno del penal.

Con la llegada del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) al penal de Lurigancho en el 2005, se programaron cursos-talleres de preparación para el tratamiento con temas específicos acerca de los Antiretrovirales (ARV), los tipos de esquemas, la importancia del CD4, carga viral y la adherencia.

Otro aspecto de la estrategia con PVVS, ha sido el trabajo individual mediante la realización de consejerías de soporte, apoyo psicológico, abordaje social y atención médica periódica.

Durante los primeros años del proyecto el tercer piso de la clínica era altamente estigmatizante siendo identificado slo con personas viviendo con VIH/SIDA. Para minimizar este estigma, en dicho espacio se programaron actividades de otras estrategias del proyecto (delegados de salud, promotores, comunidad virgen de la puerta, etc), así como celebraciones de fechas especiales, buscando integrar a más grupos y personas que de una o de otra manera intervienen en el penal. El tercer piso se constituyó entonces en un espacio de socialización y encuentro haciendo que fuera un lugar más abierto y al mismo tiempo se perdiera el temor de ingresar allí.

Adicionalmente dentro de la estrategia se intervino directamente con las familias de los internos viviendo con VIH/SIDA para mejorar los canales de comunicación, concientizar a la familia de la importancia que tiene su participación activa



como red de soporte durante el desarrollo de la enfermedad, fortalecer sus habilidades para manejar la situación, aumentar su capacidad de apoyo y soporte emocional hacia el paciente, maximizar el bienestar interpersonal y posibilitar la disminución del conflicto en lo individual y grupal.

Se elaboró un programa que consistió en la realización de talleres de tipo vivencial que abordaban las problemáticas de las ITS y VIH/SIDA a través de la expresión de experiencias. Se propiciaba un espacio en el que se vivieron y plantearon los conflictos, miedos y ansiedades de las familias. Los talleres comprendían además información teórica y práctica sobre temas vinculados a la enfermedad, con talleres sobre autoestima, relaciones de familia y pareja que fortalecían la integración familiar. Además de brindarles información sobre las medidas de cuidados domiciliarios necesarios una vez que el interno retorne a su hogar, se les informó sobre los alcances de los diferentes centros de atención hospitalaria para que puedan acceder a ellos y continuar con el tratamiento y control.

La estrategia colectiva para las PVVS dentro del penal encuentra muchas más dificultades que al exterior, especialmente por la alta estigmatización y la falta de compromiso de ellos mismos. La conformación de GAM (Grupo de Apoyo Mutuo) es viable pero al contrario de lo que sucede al exterior, en el penal se requiere esfuerzo adicional de parte del equipo multidisciplinario con la presencia de un profesional de dedicación exclusiva.

Debido a que el comportamiento de las personas no sólo está determinado por elementos personales, sino también por factores socioculturales es pertinente que las intervenciones con personas viviendo con VIH deban considerar el trabajo individual y colectivo, además es imprescindible saber previamente qué conocimientos, actitudes, prácticas, creencias y necesidades tiene la población sobre el VIH para poder considerarlas a la hora de elaborar los contenidos temáticos en la capacitaciones y otras intervenciones.

El interno puede confiar en un programa que garantice la confidencialidad; sin embargo es muy difícil mantener estricta confidencialidad en un ambiente penitenciario, donde personal y funcionarios insisten en conocer el estado serológico de los internos frente al VIH.



### **Estrategia con la Comunidad Virgen de la Puerta**

Población muy vulnerable y con el mayor riesgo de contagio y transmisión de ITS y VIH/SIDA dentro del penal de Lurigancho. Los integrantes de la Comunidad fueron identificados como prioritarios dentro del desarrollo de estrategias y actividades de intervención.

El abordaje colectivo se inicia con la finalidad de fortalecerlos como grupo con identidad propia a través de cursos-talleres en temas de cohesión de grupo, derechos humanos, sexo y sexualidad, autoestima, negociación y uso adecuado del condón y sensibilización sobre ITS y VIH/SIDA.

Adicionalmente a estas actividades, con la Comunidad se planearon diversas experiencias (peluquerías, fondo rotatorio), se apoyó su participación en diversas actividades generales del penal (concursos artísticos y gastronómicos) buscando promover sus habilidades y reforzar los mensajes trabajados en los cursos-talleres.

La Comunidad es un aliado importante para llegar a la población encaleta, constituida por aquellos internos asumidos como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) pero que prefieren que nadie sepa su orientación por temor a las burlas, prejuicios y marginación. Según declaraciones de los miembros de la Comunidad, “más de la mitad del penal sería población encaleta”.

La participación de la Comunidad Virgen de la Puerta fue esencial en la difusión de los mensajes preventivos sobre ITS y VIH/SIDA, y en algunas actividades del proyecto como la campaña y circuito de salud, elaboración de material IEC.

Basados en el conocimiento obtenido durante los primeros años del proyecto, a partir del 2002 se da inicio al abordaje individual mediante la realización de consejerías de soporte, apoyo psicológico, abordaje social y atención médica periódica además de continuar reforzando los temas abordados en los cursos-talleres grupales.

Adicionalmente se realizaron cursos-talleres con los profesionales del INPE enfocados a temas sobre derechos humanos, diversidad sexual y estigma y discriminación.

Hoy día en los miembros de la Comunidad Virgen de la Puerta se percibe un cambio de actitud ante la posibilidad de asumir conductas de menor riesgo pero no se evidencia un cambio de comportamiento (no uso continuo del condón, múltiple parejas sexuales).



El fortalecimiento como grupo de la Comunidad Virgen de la Puerta contribuye a su reconocimiento y aceptación dentro del penal por parte de los internos y personal profesional del INPE y mejora su acceso a los servicios. Sin embargo el estigma y la discriminación que sufre esta Comunidad aún persiste.

### **Estrategia con trabajadoras sexuales**

Este grupo por ser externo (y clandestino) al penal y por el temor a ser reconocido, es de difícil identificación y seguimiento. Aunque sólo un pequeño grupo de personas que ejercen el trabajo sexual se acercan a los servicios de salud, se ha intentado realizar cursos-talleres extramuros sobre ITS y VIH/SIDA, derechos sexuales y reproductivos, atención médica periódica, negociación y uso adecuado del condón con la finalidad de que asuman un rol proactivo frente a su salud y autocuidado.

Se les ofrece consejería, se les provee condones y lubricantes periódicamente y se les motiva a visitar los Centros de Referencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (CERETS) del MINSA.

### **Estrategia grupo LASZER**

Si bien al inicio del proyecto este grupo LASZER fue identificado con una alta vulnerabilidad, no se preveía que tuviera una incidencia de ITS o VIH/SIDA que lo priorizara como grupo objetivo.

Sólo a finales del año 2004, se pudo intervenir con una campaña de salud específica para el grupo LASZER, realizando actividades preventivas, promocionales y de atención médica dentro del pabellón. Los resultados obtenidos en la campaña fueron más preocupantes que en otros pabellones y constituyeron los primeros datos objetivos que nos permiten considerar a esta población como un grupo objetivo y sujeto de intervención.

Hoy en día se tiene un conocimiento mayor de este grupo y de sus dinámicas pero aún no se ha llevado a cabo una intervención específica para este grupo.



La búsqueda, identificación e intervención de grupos específicos es necesaria dentro del penal porque ayuda a definir y priorizar las estrategias, optimizando los recursos disponibles y el esfuerzo del personal de salud.

## Estrategia con los Delegados de Salud

Los delegados de salud, porque conocen los problemas de salud y gozan de reconocimiento entre los internos de su pabellón, son un aliado estratégico para ganar la confianza de la población penal, para difundir los mensajes y para hacer el nexo entre la clínica y los pabellones.

Al inicio, la organización de los delegados de salud era incipiente y las reuniones no eran periódicas. No tenían funciones específicas que fueran avaladas por el área de salud y por los internos mismos. Muchos de ellos eran impuestos sin criterio (falta de vocación de servicio y preocupación por la salud del interno) por lo que se tuvo que definir funciones claras y planes de trabajo en base a su misión y visión como delegado de salud. Otra de las limitaciones fue la rotación continua de los delegados de salud, interfiriendo en su cohesión, presentando desigualdad de compromiso y perjudicando la continuidad de las actividades.

Se ofrecieron cursos-talleres de capacitación y sensibilización en temas como ITS y VIH/SIDA, primeros auxilios, salud y ser persona saludable y formación de promotores en salud. Se trabajó el tema de estigma y discriminación como eje transversal.



Los delegados de salud apoyaron en la elaboración, validación e implementación de material IEC dirigido a la población penal como el rotafolio “La Firme”<sup>1</sup>, folletos, mensajes claves, entre otros).

Además, se realizaron reuniones periódicas para debatir temas de su interés, integrar a los nuevos delegados y fomentar su participación activa dentro del sistema de salud del penal, involucrándolos en las diferentes actividades del servicio de salud del penal (campañas y circuitos de salud, inundación de condones, apoyo en charlas en los pabellones y en la estrategia de recién ingresados, apoyo en la organización del día mundial de lucha contra el SIDA, por nombrar algunas).

Se consolidó la figura del delegado de salud como una entidad representativa y esencial en la resolución de los problemas de salud de los internos. Con su apoyo se logró la reorganización de cupos y horarios de atención.

Conociendo la importancia del rol del delegado de salud frente a los internos es importante considerar al momento de implementar estrategias, el riesgo latente de utilización inadecuada del poder.

<sup>1</sup> El rotafolio “LA FIRME sobre las ITS y el SIDA es una herramienta exclusivamente para población penitenciaria, con ilustraciones hechas por dos internas. Este rotafolio es el que se usa en las charlas a los pabellones y para primerizos. Viene acompañado de una guía de uso.

### **Estrategia de Promotores y Educadores de Pares (PEP)**

Los PEP son personas que brindan su apoyo, información, orientación, educación y consejería, a otras personas (sus “pares”) con las que comparte una o más características en común, permitiendo establecer relaciones horizontales.

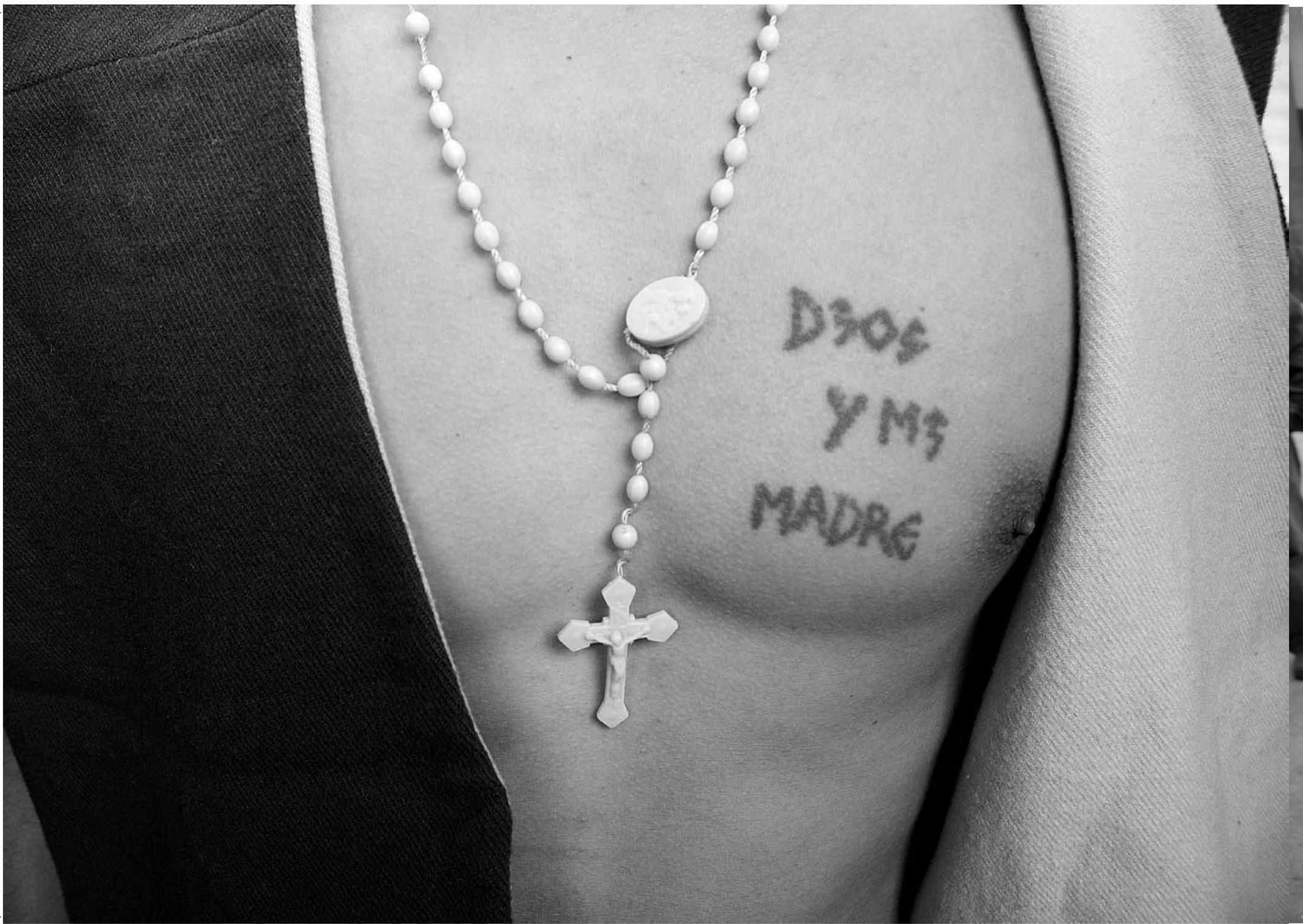
Como componente de la estrategia IEC se intentó implementar una estrategia de formación de Promotores y Educadores de Pares, PEP, capacitando a delegados de salud, miembros de la Comunidad Virgen de la Puerta y PVVS en temas de ITS y VIH.

La estrategia no pudo llevarse a cabo básicamente porque es muy difícil encontrar un “par” dentro de un penal con un sistema jerárquico y competitivo, donde

hay que desconfiar del otro, y donde la relación horizontal no es siempre viable. Adicionalmente, el estilo de vida de los internos se traduce generalmente en una satisfacción de las necesidades y expectativas inmediatas lo cual hace que sus intereses y motivaciones sean cortas ante cualquier actividad o situación que no genere ganancias, haciendo que una relación PEP no sea atractiva para ellos.

Una estrategia de pares se podría implementar en penales con grupos muy específicos ya que conforman un grupo casi homogéneo donde no hay un ejercicio de poder ni un rol jerárquico establecido. Para otros grupos dicha estrategia resulta poco realista de implementar.





Dios  
y mi  
MADRE



El área curativa comprende la atención asistencial del equipo multidisciplinario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con ITS e infección por VIH/SIDA en la población del penal. Sin embargo hay que enfatizar que el componente curativo está estrechamente ligado a las estrategias preventivas.

Al inicio de la intervención, durante una primera etapa del proyecto, fue necesario fortalecer y mejorar el sistema de atención e infraestructura de la clínica, así como optimizar los recursos humanos. En este sentido, se realiza la rehabilitación del tercer piso de la clínica, donde funciona el PROCETSS, se construye un área de tratamiento de desechos hospitalarios y se realizan otras mejoras en infraestructura.

El mejoramiento de la infraestructura brinda un ambiente de trabajo motivador al personal de salud, lo que redundó sobre la calidad y calidez de la atención.

Otra de las debilidades del programa era la falta de recursos humanos: al inicio del proyecto el equipo estuvo constituido solamente por un médico y una obstetra. A medida que aumentaban las actividades IEC aumentaba también la demanda por los servicios ofrecidos por el PROCETSS, lo que hizo impostergable el refuerzo del equipo.

Siendo las ITS y VIH/SIDA un problema de salud importante dentro del penal, su manejo requieren la presencia de un adecuado equipo multidisciplinario. Los servicios médicos en el penal de Lurigancho necesitan la presencia de un médico a tiempo completo para el PROCETSS

Así mismo, se impulsó la elaboración de un organigrama con perfiles de puesto del personal de salud y se contribuyó a su capacitación a través de talleres, charlas de sensibilización, pasantías y capacitación en servicio.



## ACTIVIDADES

Las principales actividades asistenciales en el PROCETSS del penal son

**Consejería:** pre-test, post-test y de soporte, realizado en forma rotatoria por el personal capacitado en consejería (obstetrices, enfermera, psicólogo y asistente social).

**Consulta médica:** atención médica a los pacientes con ITS e internos viviendo con VIH/SIDA.

**Tratamiento supervisado:** para el tratamiento de ITS, quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas y el TARGA.

**Laboratorio:** para la realización de las pruebas rápidas (VIH, RPR)

**Farmacia:** para la gestión de medicamentos e insumos requeridos.

**Hospitalización:** en los servicios de salud del penal o para su traslado a un hospital de referencia (evacuaciones) por el personal asistencial de guardia.

Estos servicios se brindan principalmente a personas con sospecha o diagnóstico de ITS, a personas viviendo con el VIH/SIDA, a personas con conductas de riesgo como la Comunidad Virgen de la Puerta, las trabajadoras sexuales, el grupo LASZER y a pacientes con TBC.



MARRA

CE SUFRE Y SE APRENDE

MI NO  
DE  
LEO  
del 25 Julio



## **DATOS Y ALCANCES DEL ÁREA CURATIVA**

La prevalencia de VIH /SIDA en el Perú se estima menor de un 1%, calculada en base a la prevalencia en mujeres embarazadas (47% del total de gestantes fueron testadas en el 2004), cuyo promedio nacional es 0,21% y en Lima-Callao es 0,44%.

Desde 1983 hasta junio 2005 se notificaron 22 857 casos de infección VIH/SIDA en el país, sin embargo se calcula en más de 76 mil personas afectadas. El 70-75% de casos registrados corresponden a Lima-Callao. Existe además un problema de notificación de casos de VIH/SIDA por que el MINSA contabiliza por separado los casos de infección por VIH y los casos de SIDA. La Amazonía y la región costera alrededor de Chiclayo son lugares donde las tasas de incidencia al VIH van en aumento.

Los datos de las actividades desarrolladas en el penal de Lurigancho por el equipo multidisciplinario (MSF & INPE) muestran la incorporación gradual de las estrategias en el penal. No tenemos datos de los primeros años del proyecto, así mismo, los datos del 2005 incluyen solo hasta octubre, y reflejan el retiro progresivo del equipo MSF de las actividades médicas cotidianas debido a la culminación de una etapa de la intervención.

### **Consejerías, pruebas y prevalencias**

Las consejerías se realizaban desde antes de iniciar el proyecto, pero con la conformación y capacitación del equipo se amplió su cobertura para atender la demanda creada. Así mismo, con la implementación de las pruebas rápidas (VIH, RPR) en el laboratorio de penal desde fines del 2002 fue posible dar continuidad al sistema creado. También hubo necesidad de implementar una ficha de consejería adecuada a la realidad del penal.

En la tabla 1 se muestra el incremento gradual de las consejerías y pruebas para VIH y RPR a través de los años, así mismo se observa una disminución en la aceptación de pruebas debido que el paciente está mejor informado sobre la voluntariedad de la realización de la prueba y toma una decisión sin presiones. En el 2000 y 2001 no contamos con registro del total de pruebas RPR realizadas.

En el 2004 se ve igual o mayor cantidad de consejerías post-test que pruebas VIH realizadas debido a que se incluyen algunas consejerías post-test sólo a pruebas RPR.

Tabla 1: Consejerías y pruebas a internos en el PROCETSS/EPCOL-MSF, 2000 - 2005.

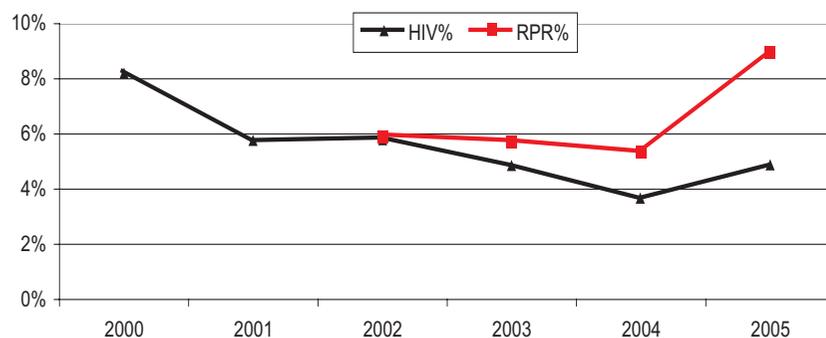
PVVS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Consejerías Pre-Test	416	685	919	1190	1610	1240
Consejerías Post-Test	411	656	849	1125	1486	1082
Pruebas VIH reactivas	34	39	51	56	52	43
Total pruebas VIH	416	685	873	1154	1442	900
Pruebas RPR reactivas	12	11	52	67	80	91
Total pruebas RPR	-	-	873	1178	1495	1018

Fuente: Informes anuales 2000 - 2005, MSF.



La seropositividad al VIH disminuyó conforme se aumentó la oferta de pruebas a la población general con menor riesgo, debido al efecto de la intervención en pabellones y la estrategia de recién ingresados, porque no sólo se ofertó a los grupos vulnerables identificados. Sin embargo, en el 2005 se ve un incremento en la positividad al VIH y RPR debido a las campañas realizadas por uno de los actores del Fondo Global, que derivaron los pacientes con resultado positivo al programa. Por otro lado, la seropositividad al RPR es mayor que para el VIH (Ver Grafico 1).

Gráfico 1: Seropositividad a VIH y RPR entre los pacientes de PROCETSS/EPCOL - MSF, 2000 - 2005.



Fuente: Informes anuales 2000 - 2005, MSF.

Según el estudio centinela realizado por OGE<sup>1</sup> e INPE en 1999, la prevalencia al VIH y RPR en el penal de Lurigancho es 2,3% para VIH y 3,5% para RPR. Un segundo estudio centinela, financiado por el Fondo Global, fue realizado en abril 2005 pero hasta la fecha no se conocen los resultados oficiales del estudio.

## Grupos vulnerables y de riesgo al VIH

El VIH/SIDA en Perú es una epidemia que se concentra en población vulnerable, como los hombres que tienen sexo con hombres, cuya prevalencia a nivel nacional es de 13%, mientras que en Lima alcanza el 24%. Las trabajadoras sexuales son otro grupo considerado de riesgo, sin embargo, su prevalencia es baja (0,6%), aunque mayor en aquellas no registradas (2%). Un estudio realizado por la OGE entre clientes (“población puente”) de trabajadoras sexuales que reciben atención médica periódica en ciudades de la costa (Lima, Ica, Chiclayo y Trujillo) encontraron una prevalencia del 0,62%.

Entre los grupos vulnerables identificados como población objetivo en el EPCOL tenemos:

**Comunidad Virgen de la Puerta:** constituye el grupo con mayor positividad al VIH (41-48%) dentro del penal. Durante los últimos 3 años de seguimiento (2003-2005) se observa una disminución aparente de la seropositividad dentro de la Comunidad. Esto debido a un incremento progresivo del número de sus integrantes, pero cuya cantidad sigue siendo reducida (38-40 en número acumulado por año), lo que influencia las variaciones de los resultados.

**Pacientes con TBC:** tienen una positividad al VIH entre 4-6%, esto porque la tuberculosis es la principal complicación de las personas viviendo con VIH/SIDA. En el EPCOL, 40% de las personas viviendo con VIH/SIDA presentan tuberculosis.

**Grupo LASZER:** aunque se conoce poco este grupo, amerita mayor atención, porque se estima alrededor del 6% de seropositividad al VIH.

**Pacientes con ITS:** los datos recogidos muestran positividad al VIH alrededor de 4% entre los pacientes diagnosticados con ITS, pero es posible que exista subregistro al momento de recolectar la información.

**Trabajadoras sexuales:** la seropositividad al VIH entre las trabajadoras sexuales femeninas captadas por el programa es muy baja. Estos datos demuestran que contrario a la creencia general, este no es un grupo de riesgo significativo.

<sup>1</sup> Oficina General de Epidemiología

Tabla 2: Seropositividad a VIH en los grupos vulnerables, PROCETSS/EPRCOL - MSF, 2003 - 2005.

Año/Grupo	CVP	PCT	LASZER	ITS	TS
2003	48 %	6 %	-	4 %	4 %
2004	40 %	4 %	6 %	3 %	0 %
2005	41 %	5 %	-	4 %	0 %

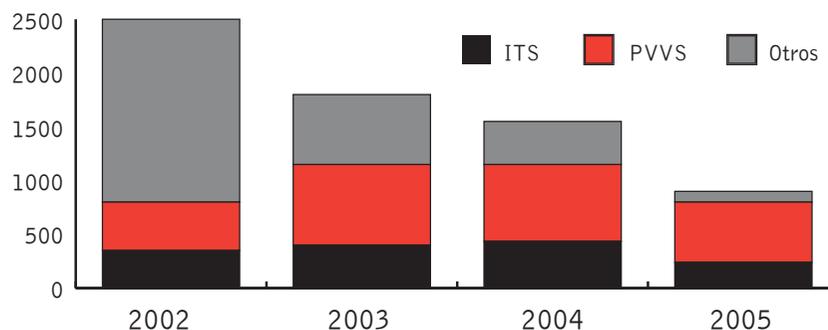
Fuente: Informes anuales 2003 - 2005, MSF.

En el penal de Lurigancho la epidemia de VIH/SIDA está concentrada a los grupos vulnerables, pero se está transmitiendo entre la población penal y la sociedad en general.

### Atención a personas con síntomas de ITS

La atención médica estuvo orientada a satisfacer la demanda de consulta especializada y a la capacitación a través del trabajo en la práctica sobre el manejo de las ITS y VIH/SIDA. Sin embargo, lo que se inició como un apoyo y soporte por parte de MSF, muchas veces se convirtió en sustitución debido a que dentro del sistema penitenciario no se reconoce la necesidad de contar con un médico en forma exclusiva para el PROCETSS de Lurigancho. Por otro lado, la implementación de una guía para el manejo de las ITS favorece la atención oportuna y facilita la recolección de información.

Gráfico 2: Número de consultas médicas en PROCETSS/EPRCOL - MSF, 2002 - 2005.

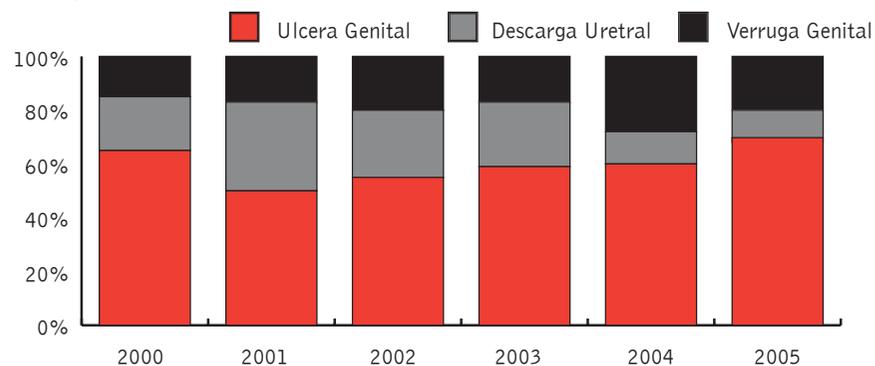


Fuente: Informes anuales 2002 - 2005, MSF.

El incremento de las consultas médicas durante el 2003 y 2004 se debió a la presencia médica a tiempo completo en el terreno. La atención a las personas viviendo con VIH/SIDA corresponde a 45% del total de casos y 25% a los casos de ITS sintomáticas. El rubro de "otros" incluye consultas de medicina general atendidas en el PROCETSS, pero en el 2002 comprende también el total de consultas del PCT que en aquella época eran llevados por un mismo médico responsable de los dos programas. (Gráfico 2).

El diagnóstico principal de las ITS sintomáticas corresponde al síndrome de úlcera genital (55-70%). A través de los años hubo también un aumento del número total de casos de verruga genital (de 12 a 25% de casos de ITS diagnosticados). Por consiguiente, en el penal de Lurigancho es importante ofrecer tratamiento para las úlceras herpéticas (60-80% de úlceras genitales) y las verrugas genitales, aunque el MINSA no los ofrece gratuitamente al programa. La disponibilidad de estos tratamientos redundará sobre su manejo y control e indirectamente sobre la transmisión del VIH, además mejora la captación de pacientes con conductas de riesgo, y por tanto, la oportunidad de su prevención.

Gráfico 3: Casos de ITS sintomáticas entre los pacientes de PROCETSS/EPRCOL - MSF, 2000 - 2005.



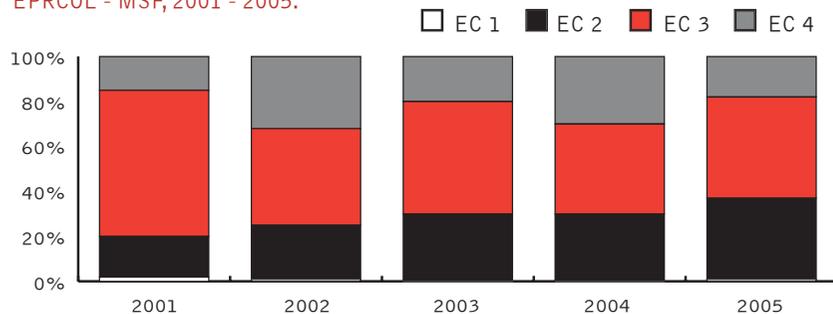
Fuente: Informes anuales 2000-2005, MSF.

Debido a la alta prevalencia de úlceras herpéticas y verrugas genitales entre las ITS diagnosticadas en el penal, la disponibilidad de sus tratamientos específicos (aciclovir y podofilotóxina) debe ser considerada en el contexto del penal, aunque no sea considerada en el exterior del penal.

## Atención a personas viviendo con VIH/SIDA

En general, la atención a las personas viviendo con VIH/SIDA incluye atención ambulatoria, hospitalización en la clínica del penal y seguimiento de las evacuaciones a los hospitales de referencia. La atención ambulatoria comprende: atención médica (45% del total de consultas médicas en el PROCETSS), la administración supervisada de quimioprofilaxis de infecciones oportunistas (isoniacida, cotrimoxazol) y TARGA.

Gráfico 4: Estadios clínicos de infección por VIH entre los pacientes de PROCETSS/ EPRCOL - MSF, 2001 - 2005.



Fuente: Informes anuales 2001 - 2005, MSF.

\*EC: Estadio Clínico



A pesar de la administración supervisada de los tratamientos, la adherencia entre internos del penal no está garantizada por diversos motivos, siendo el consumo de drogas uno de los que más afecta. Por consiguiente, es necesario un programa para minimizar el consumo de drogas en el penal, minimizar su daño potencial y garantizar la adherencia a los tratamientos.

En la tabla 3 se observa el aumento progresivo de las personas viviendo con VIH/SIDA que ingresaron al programa. El mayor número de pacientes no significa necesariamente mayor seropositividad (como se muestra en el gráfico 1), si no que una mejor captación de los pacientes. También se observa el aumento de los egresos, entre los cuales el mayor número de indultos humanitarios ocurrió en el 2002 y 2005.

Tabla 3: Movilidad de PVVS en el PROCETSS/EPRCOL - MSF, 2000 - 2005.

PVVS		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total PVVH al inicio del año		44	53	52	63	82	82
INGRESOS	Primarios	34	40	47	37	38	43
	Con Dx previo en el exterior	-	-	-	13	7	14
	Reingresos	3	7	9	10	5	7
	<b>Total ingresos</b>	<b>37</b>	<b>47</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>64</b>
SALIDAS	Libertad	19	19	24	32	29	26
	Indulto humanitario	4	9	12	0	6	17
	Salidas por traslado	0	7	2	4	1	0
	Fallecidos	5	13	7	5	14	6
	<b>Total egresos</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>50</b>	<b>49</b>
Total PVVH al final del año		<b>53</b>	<b>52</b>	<b>63</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>97</b>

Fuente: Informes anuales 2000 - 2005, MSF.



PARA SU ATENCION  
PONGA SU FIRMA Y  
HUELLA DONDE  
CORRESPONDA.

En el gráfico 4 se muestra que conforme se incrementó el número de personas viviendo con VIH/SIDA se aumentó la proporción de pacientes en estadios clínicos tempranos (estadio 2: de 19% al 37%). Sin embargo, siempre el mayor porcentaje de pacientes se ubican en el estadio 3 (entre 42% y 67%) porque en éste se incluye la TBC pulmonar y en el penal su prevalencia es elevada (en el 2004: 342 casos de TBC entre 8 242 internos, es decir más de 4 mil casos por cien mil personas). La coinfección VIH & TBC (40%) es un problema importante en el penal que limita el tratamiento oportuno de ambas enfermedades, conllevando a casos graves, formas resistentes y elevada mortalidad.



### Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA)

Hasta el 2004 la población viviendo con VIH en Perú no tenía fácil acceso a los tratamientos, que sólo eran gratuitos para los miembros de las Fuerzas Armadas y beneficiarios del sistema de la Seguridad Social. En agosto del 2005 el número de hospitales públicos en todo el país que suministra TARGA llegó a 41, entre ellos el PROCETSS del penal de Lurigancho. Del total de personas en tratamiento, 95% están en la región de Lima-Callao.

El TARGA llegó al penal de Lurigancho en julio 2005. MSF participó con las capacitaciones del equipo multidisciplinario, soporte técnico-medical y preparación de los pacientes.

Aunque los primeros beneficiarios son apenas 14 personas viviendo con VIH/SIDA con esquemas básicos, poco a poco se irán incluyendo más pacientes. Quedan todavía algunas situaciones por resolver (esquemas de tratamiento, manejo de la adicción a drogas, implementación de pruebas bioquímicas y definición del hospital de referencia), pero corresponde a una decisión política de las autoridades del MINSA e INPE dar sostenibilidad a esta experiencia.

Tabla 4: PVVS que reciben TARGA en PROCETSS/EPRCOL - MSF .

TARGA	JUL	AGO	SEPT	OCT	Total
Total ingresos	4	2	6	2	14
Total salidas	3	0	1	0	4
Continúan TARGA en el penal	1	2	6	2	10

Fuente: Informes mensuales Julio - Octubre 2005, MSF.

Con un adecuado equipo multidisciplinario y disponibilidad de los medicamentos necesarios, en el contexto del penal es posible brindar una atención oportuna y de calidad para un manejo integral del VIH/SIDA.





**L**a higiene en el ámbito hospitalario tiene por objetivo la prevención de la transmisión de infecciones a través de la implementación de barreras frente a los diferentes elementos de la cadena de propagación de la infección hospitalaria, cualquiera sea la estructura de salud, tendientes a proteger la salud del personal de salud de los pacientes y de la comunidad en general.

Las precauciones universales son el conjunto de procedimientos que deberán ser utilizados en la atención de todos los pacientes en todo momento para reducir los riesgos de transmisión de agentes infecciosos transmitidos a través de la sangre y fluidos corporales.

Los servicios de salud del penal de Lurigancho no reúnen las condiciones necesarias para una estructura de salud: la infraestructura está seriamente deteriorada, no hay una adecuada ventilación, las instalaciones eléctricas están malogradas, hay filtraciones y humedad, no hay suficiente camas y las que existen están en pésimas condiciones.

El personal de salud, los propios internos, las visitas externas (familias, autoridades, profesionales y otros), y el entorno del penal, se encuentran expuestos a diversos agentes etiológicos.

MSF a través del trabajo en conjunto con el servicio de salud del EPRCOL pudo impulsar diversas medidas, que permitieron mejorar sustancialmente la calidad y el respeto de las normas de bioseguridad. Estas medidas fueron en 3 ejes fundamentales: infraestructura, recursos humanos y abastecimiento de materiales e insumos.

**Infraestructura:** se construyó una zona de desechos (incinerador y pozos para desechos punzo-cortantes) permitiendo resolver el grave problema y peligro que representaba la inexistencia de una estrategia de separación y tratamiento de los desechos producidos por la clínica, los cuales eran depositados en un sector del penal en donde los internos tenían acceso.

Igualmente se rehabilitó el tercer piso de la clínica (PROCETSS), se apoyó la implementación y organización de la central de esterilización y se construyó el módulo PCT para la captación de sintomáticos respiratorios.

**Recursos humanos:** capacitación del personal de la clínica y de los colaboradores encargados de la limpieza sobre la implementación de las técnicas de bioseguridad como la separación, circuito y tratamiento de desechos; las técnicas de esterilización, además de la reorganización de esta área y la implementación de protocolos de acuerdo a normas vigentes.

Dentro de todo este trabajo de bioseguridad, ha sido muy importante la creación de un comité de infecciones intrahospitalarias. Con representantes de toda la clínica este comité es encargado de coordinar, evaluar y hacer cumplir todas las normas de bio-seguridad.

**Abastecimiento de materiales e insumos:** se apoyó con el abastecimiento de los recursos mínimos necesarios para la implementación de las actividades de bioseguridad. Dentro de estos materiales tenemos material de limpieza, barreras de protección (guantes, botas, mascarillas, entre otros) y otros específicamente usados para la esterilización.

Para complementar las labores realizadas, se está elaborando guía práctica sobre las medidas de bioseguridad adaptada a la realidad de los servicios de salud del penal colaboradores de la clínica del EPRCOL”.



El conocimiento sobre bioseguridad y prevención de enfermedades infecto-contagiosas mejora la actitud del personal de salud e internos colaboradores y los predispone a cambios de comportamiento.



Durante estos años de proyecto en el penal de Lurigancho, en Médicos Sin Fronteras (MSF) hemos aprendido que:

- Para poder implementar cualquier proyecto o estrategia dentro del penal de Lurigancho, es de vital importancia conocer la dinámica sociocultural que fluye en el penal, y ser conocido y reconocido por los internos como personal que viene a trabajar con ellos y por ellos.
- No se puede pensar que por ser una población recluida es cautiva y su participación en las actividades planeadas está garantizada. Muchas veces los internos tienen otras actividades (terapia social y psicológica, reunirse con su abogado, subir a judiciales o ir al Centro de Educación Ocupacional, CEO) que los mantienen alejados del pabellón o de las actividades programadas dentro del proyecto.
- Los proyectos en un penal son de velocidad lenta, hay que trabajar con firmeza pero con calma para lograr ganar el acceso y la confianza necesaria para implementar las estrategias planeadas. Adicionalmente hay que tener una alta dosis de paciencia y estar dispuestos a adaptar los planes iniciales de acuerdo al ambiente del penal.
- Al trabajar con una institución jerárquica como el INPE, MSF como organización humanitaria, tiene que aprender a tratar con culturas y enfoques de trabajo diferentes si quiere alcanzar los objetivos propuestos.
- Creatividad y flexibilidad son los elementos clave para un trabajo en penales. Todo debe ser adaptado a la realidad del penal, nada importado de afuera funcionará por se.
- Las rotaciones del personal de los profesionales del área de salud del INPE no favorecen la implementación de las estrategias ni la sostenibilidad de las mismas. Demandan tiempo y esfuerzo en involucrarlos en la obtención de los logros propuestos en el proyecto. Se pierde continuidad en los procesos.

- Al interior del penal no solo te estigmatiza y discrimina el ser portador del virus sino tu condición social. Por eso en un contexto como el penal de Lurigancho, trabajar por la reducción del estigma y discriminación de las personas viviendo con VIH es mucho más complicado y requiere invertir más tiempo y mayor esfuerzo.

- La comunicación permanente entre todos los actores que intervienen en el penal de Lurigancho es un ejercicio difícil pero de vital importancia para unificar el discurso que se proporciona a los internos y a su vez evitar duplicidad en actividades que causen fatiga o baja participación y de esa manera perjudicar el alcance de los resultados esperados.







*“Actualmente con el apoyo de la organización internacional Médicos Sin Fronteras se han obtenido grandes logros en el aspecto de la bioseguridad ya que permanentemente se capacita al personal de salud, a los internos colaboradores del área de salud, a los delegados de salud de todos los pabellones, a los promotores de salud, brindándoles las normas elementales de bioseguridad y minimización de los factores de riesgo del contagio de las enfermedades y su propagación en los pabellones y por ende a toda la población penal de este establecimiento penitenciario”*

**Profesional del área de salud del penal de Lurigancho**

*“MSF nos deja fortalecidos e integrados para seguir trabajando con la vocación de servicio de siempre para beneficio de la población penal y el compromiso de difundir la experiencia adquirida en estos años a otros establecimientos penales del país”*

**Profesional del área de salud del penal de Lurigancho**

*“MSF llegó y escucharon a un grupo de profesionales del INPE que venían trabajando muchos años en penales. Profesionales con experiencia, sensibilizados y con muchas ganas de aportar ideas, proyectos, de realizar cambios para mejorar la calidad de la atención a los internos”*

**Profesional del área de salud del penal de Lurigancho**

*“Agradezco a Médicos Sin Fronteras la gran oportunidad de realizar un trabajo serio y profesional, la oportunidad de conocer y compartir ideas y proyectos, sueños y realidades, muchas gracias”*

**Profesional del área de salud del penal de Lurigancho**



**M**édicos Sin Fronteras, MSF, es una organización internacional de ayuda humanitaria que ofrece asistencia médica y sanitaria a las poblaciones con difícil acceso a los servicios de salud o a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano sin discriminación de nacionalidad, raza, creencia religiosa o política.

Con su acción humanitaria, MSF intenta preservar la vida y aliviar el sufrimiento respetando la dignidad de las personas, hasta que son capaces de tomar sus propias decisiones. El único objetivo de nuestras acciones es proporcionar ayuda médica y proteger la integridad física y psicológica de la población civil que se encuentra en situación precaria.

Médicos Sin Fronteras desarrolla sus actividades en contacto directo con la población civil y a solicitud de ésta, mediante la presencia de 15.000 médicos, enfermeras, epidemiólogos, técnicos de laboratorio, logistas y administradores de todo el mundo trabajan cada año en los proyectos e intervenciones que MSF desarrolla en más de 70 países.

La misión médica humanitaria está protegida por el Derecho Internacional Humanitario. Los miembros de MSF respetan en todo momento los principios éticos de su profesión y no pueden ser obligados a realizar acciones contrarias a los mismos. Así mismo MSF solicita el respeto al Derecho Internacional Humanitario.

En reconocimiento a su labor humanitaria, Médicos Sin Fronteras fue galardonada con el Premio Nóbel de la Paz 1999.

MSF está presente en Perú desde 1985 desarrollando diversos proyectos en el área de salud.





## AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este proyecto ha sido un viaje de aprendizaje y compromiso en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS en donde ha sido fundamental la contribución de diferentes actores que de alguna u otra forma han participado, a lo largo de estos años, en la consecución de nuestros objetivos dentro del penal de Lurigancho.

Queremos agradecer de forma especial a los profesionales del equipo multidisciplinario del PROCETSS y al equipo del PCT del EPRCOL; al personal del INPE y a las autoridades del penal; a los delegados de salud que contribuyeron a mejorar el acceso a la salud de la población privada de libertad; a la Dirección Nacional del área de salud del INPE; a la Dirección Nacional del INPE y a la Policía Nacional del Perú.

A todos ustedes amigos internos por su apoyo, participación y confianza para con nosotros. Sin su colaboración e interés nada de lo planeado en este proyecto se hubiera podido realizar.  
Gracias totales.

Gracias también a los diversos equipos de MSF que participaron activamente en el desarrollo de este proyecto así como al equipo de coordinación de Médicos Sin Fronteras en Perú por su permanente apoyo.



## ABREVIACIONES

ANDA	Alcoholismo, Narcótico, Delincuencia Asociada
ARV	Antirretrovirales.
CEO	Centro de Educación Ocupacional
CERETS	Centro de Referencia para las Enfermedades de Transmisión Sexual
CVP	Comunidad Virgen de la Puerta.
EPRCOL	Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario Lurigancho
FG	Fondo Global
GAM	Grupo de Apoyo Mutuo
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación & Comunicación
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MINSA	Ministerio de Salud
MSF B	Médicos Sin Fronteras Bélgica
OGE	Oficina General de Epidemiología
OTT	Órgano Técnico de Tratamiento
PCT	Programa de Control de Tuberculosis
PEP	Promotores y Educadores de Pares
PNP	Policía Nacional de Perú
PPL	Personas Privadas de su Libertad
PVVS	Personas Viviendo con VIH/SIDA
PROCETSS	Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y del SIDA
RPR	Prueba de laboratorio para diagnosticar sífilis.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TBC	Tuberculosis.
TS	Trabajadoras/es Sexuales.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## BIBLIOGRAFÍA

*Estudio sobre las condiciones de salud con relación a la Tuberculosis, Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en el establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho.*

Médicos Sin Fronteras Holanda. Lic. Claudine Lerho, Lic. Carlos E. Cabezudo Moreno, Lic. Jean Schmitz, Lic. Luís Suárez, Lic. Vania Martínez Jiménez. Noviembre 1999

*Proyecto de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho, EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica, Informe Anual 2000.

*Sexualidad y Salud Sexual de varones internos del penal de Lurigancho.*

Ernesto Vásquez del Águila. Médicos Sin Fronteras Bélgica, Noviembre 2000

*Proyecto de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho, EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica. Informe Anual 2001.

*Proyecto de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho, EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica. Informe Anual 2002.

*Programa de Comunicación para la Prevención de ETS y VIH/SIDA en el EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica. Agosto 2002.

*Proyecto de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho, EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica. Informe Anual 2003.

*Proyecto de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho, EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica. Informe Anual 2004.

*Intervención IEC en pabellones, Informe final.*

*Proyecto de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH y SIDA en el Establecimiento Penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario de Lurigancho, EPRCOL.*

Médicos Sin Fronteras Bélgica, Abril 2004.

*Current status/new perspectives for the AIDS preventive intervention, MSF Peru.*

Internal review report, January 2003. Manuela Varrasso, Behavior Change Communication Adviser. January 2003.

*Faites y Atorrantes, una etnografía del penal de Lurigancho.*

José Luís Pérez Guadalupe. Facultad de teología pontificia y civil de Lima, Centro de investigaciones Teológicas (CINTE). Lima, Marzo de 1994

*Amor de Machos, lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles.*

Jacobo Schifter. Editorial ILPES, San José de Costa Rica, 1998.



Lima, Diciembre 2005



Médecins Sans Frontières - Médicos Sin Fronteras 2005 © / [www.msf.org](http://www.msf.org)

