

MONICA GRANADOS CHAVERRI

Directora del Departamento de Investigación Criminológica del Sistema Penitenciario. Ministerio de Justicia. San José de Costa Rica.

El control del SIDA y el problema de la estigmatización

(*) La autora del presente trabajo agradece la colaboración del Sr. Guillermo Ugalde miembro de la Comisión Nacional del SIDA quien facilitó algunos materiales que fueron revisados para la elaboración de este documento.

INTRODUCCION: RECORDANDO UNA INFAMIA

Pena de Muerte para los Leprosos

La Asamblea Extraordinaria del Estado Libre de Costa Rica considerando (1):

1. Que el mal de Lázaro ha cundido en las poblaciones de tal modo que es de temerse un contagio destructor de las mismas.
2. Que con la mira de evitarlo, y por otra parte de socorrer a los infelices que ya lo padecen, y aliviarles en cierto modo su desgraciada suerte, fue decretada la construcción de un lazareto.
3. Que los reclusos en él, a pesar del buen trato, abundancia de alimentos y vestidos que la actividad y zelo de las autoridades les ha proporcionado, se fugan de continuo.
4. (...) que alborotan los pueblos con su presencia por el temor que infunden, la aversión con que se les mira por la parte sana...
5. Que hechos de esta naturaleza no pueden disimularse (...) (...) es atentar directamente con la existencia física y moral del ciudadano, asesinarle, o con premeditación aprenderle sin defensa, ha venido en decretar y decreta.

(1) Véase colección de leyes y decretos de 1833 de Costa Rica (CDL) Decreto XXXIV del 19 de septiembre de 1833.

ART. I

Se impone la *Pena capital a los Lazarinos* que habiendo sido reclusos en el Lazareto se fugasen o saliesen de él.

ART. II

Esta pena será ejecutada en el mismo Lazareto, a la vista de los demás que hubiesen en él (...)

ART. V

Durante la secuela de la causa permanecerá el reo preso en el mismo Lazareto con las seguridades conducentes, a cuyo efecto, proveerá el gobierno desde ahora de construir cerca del muro la habitación y proveerá de prisiones (...)

ART. VII

El leproso que hiciere resistencia a la justicia cuando lo persiga, bien sea por la fuga o *para recluirse*, incurre por el hecho mismo en la pena de *ser muerto en el acto*; y los cobertores que de cualquier manera les den auxilio (...) serán castigados con dos años de presidio o cuatro de obras públicas (...)

ART. VIII

Esta ley será publicada en el Lazareto en presencia de los leprosos.

ART. X

Las Municipalidades, bajo su más estrecha responsabilidad (...) harán las investigaciones necesarias para averiguar las personas que hallen contagiadas, dando cuenta a las autoridades —Dado en San José a las seis y media de la noche del miércoles 29 de agosto de 1983.

La historia de los leprosos fue dramática. Estos

enfermos eran vistos como animales, vivían en parajes alejados, o bien en el lugar de reclusión en condiciones miserables, tan miserables como para que una sentencia de la época reconociera que carecían “de los elementos tan necesarios cuya falta obliga a buscarlos” (2). El terror social que se construyó alrededor de la lepra fue acompañado de la injusticia y la degradación: recluir al leproso, impedirle la salida y no proveer ni las necesidades mínimas (si, muertos de hambre huían para buscar alimento, podía ejecutárseles) obligarlos a esconderse, a vivir en cuevas a las orillas de los ríos, viviendo del merodeo, o del auxilio de algunos cuya sensatez no sucumbió ante el pavor generalizado.

Nada más alejado de la verdadera prevención de una enfermedad contagiosa que una respuesta social o una decisión legislativa o Penitenciaria, asentada en el temor, el escándalo, la ignorancia, el prejuicio o el oportunismo político.

I. APUNTES SOBRE LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

1. El proceso de salud y enfermedad como fenómeno social

“La medicina clínica”, con su concepción biológica individual de la enfermedad, empieza a sufrir importantes fracturas que conducen a enfocar el proceso de salud y enfermedad como un fenómeno social, se

(2) Sentencia recogida en Fernández Ricardo. Entre pícaros y bobos, Editorial E.U.E.D., San José (p. 115).

le traslada del estricto plano individual para inscribirlo en el colectivo. Aunque, claro está este proceso de salud-enfermedad colectivo tiene su concreción en el proceso biológico individual.

Para el modelo causalista (positivista) de la perspectiva biológica individual, lo social es un elemento más del ambiente. De esta manera, lo social aparece "biologizado". Un ejemplo de este enfoque son las relaciones estadísticas donde lo social aparece señalando las expectativas de vida en relación con los distintos estratos sociales, o la presencia de enfermedades endémicas en algunos sectores y no en otros.

A diferencia de este modelo, que se basa en la biología individual cuando se trata de buscar las causas de una enfermedad, el enfoque social "tiene que identificar los procesos sociales y estudiar como ellos se traducen, a través de mecanismos biológicos, en el proceso colectivo de salud y enfermedad" (3).

No es el objetivo de este trabajo realizar un análisis exhaustivo, pero debemos recordar que un sector creciente de los análisis epistemológicos acerca de la medicina, se plantea ya no las causas de la enfermedad, sino las influencias epistemológicas en el proceso de definición de la misma.

Evidentemente, en el contexto de un enfoque social para problemas que antes se concebían como estrictamente biológicos, el trabajo interdisciplinario se hace imprescindible. Para comprender, por ejemplo, como lo social se hace presente en lo psicológico-individual y genera, precipita o detiene el desen-

(3) Timio, Mario, *Clases sociales y enfermedades: Introducción a una epidemiología diferencial*, Edit. Nueva Imagen, Nov. 1981, p. 4.

cadena de la enfermedad, se requiere de una tarea que trasciende lo específico de la medicina, para integrarse en una visión de conjunto con la ciencia social, e inclusive con otros aspectos de una cosmovisión como por ejemplo la religión.

Este enfoque social de la enfermedad —casi resulta obvio decirlo— es un espacio fecundo para el desarrollo de mecanismos eficaces de prevención, ya que dichos mecanismos, si quieren conseguir sus objetivos, no pueden plantearse en términos exclusivamente biólogos, sino más bien desde una perspectiva integradora; dentro de un marco económico y psicosocial específico.

Por ejemplo, el SIDA, para cuya prevención no contamos actualmente con ningún tipo de terapéutica oficial, obliga a que “si queremos tener éxito en disminuir o erradicar el esparcimiento de este atemorizante virus, cambios profundos, rápidos y generalizados son requeridos” (4).

De tal manera que en el diseño de una estrategia preventiva del SIDA, es indispensable el concurso de las disciplinas sociales cuyo objeto central de estudio científico es la conducta humana.

Nos referimos a la psicología, la sociología, la antropología, la sexología, etc., y muy particularmente a la criminología, cuando hablamos de prevención del SIDA en sectores criminalizados o criminalizables.

(4) Acheson Donald, *Modes of Transmission. The basis for prevention Strategies. World Summit of Ministers of Health on Programmes for Aids Prevention*, Londres, 26-28 de Enero de 1988.

2. La construcción social de la enfermedad: el impacto de lo biológico en lo social

A lo largo de éstas breves reflexiones cuando hablamos de lo social nos referimos a un espacio específico dentro de la cultura. Esta última se definirá como:

“...el conjunto de valores materiales y espirituales, así como los procedimientos para crearlos, aplicarlos y transmitirlos, obtenidos por el hombre en el proceso de la práctica histórica social” (5).

Como piedra angular del concepto de cultura estará entonces la producción de los medios materiales necesarios para la sobrevivencia. Por otra parte, cabe destacar que lo material y lo espiritual se encuentran íntimamente ligados y determinándose de manera recíproca. En este trabajo, cuando hablamos de lo social (espiritual) procedemos a realizar una separación meramente instrumental y metodológica. Lo que aquí denominamos como “lo social” (6) debe ser entendido como:

“Un sistema de representaciones, de creencias y de valores, cuya génesis inmediata se sitúa en el plano de la experiencia vivida y que por lo mismo constituye la conciencia subjetiva de los actores sociales sobre las condiciones de existencia, su papel en la sociedad y sus relaciones sociales” (7).

(5) Resental e Iudin, *Diccionario Filosófico*, Edit. Pueblos Unidos, Montevideo, 1965.

(6) El tratamiento que le damos a “lo social” en términos estrictamente científicos se refiere a lo ideológico, entendiendo ideología como concepción del mundo.

(7) Danel J. Fdo., *Ideología y Epistemología*, Edit. Edicol, Max. 1977.

El proceso a través del cual se genera, se mantiene y se reproduce este sistema de creencias, representaciones y valores es lo que se denominará *construcción social de la realidad*. Este ensayo, dada su brevedad, analizará este tema complejo y muy poco desarrollado desde los ángulos que se consideran más importantes para nuestro medio. Más que entregar ideas acabadas, pretende iniciar la discusión racional y serena sobre un tema que, como el SIDA, tiene para nosotros gravísimas implicaciones, no solamente médicas, sino estrictamente criminológicas; sobre todo en un momento como el actual en que la crisis del modelo de abordaje de la vida penitenciaria nos coloca en una situación de “incapacidad de respuesta”, tanto teórica como práctica, para el problema (8).

Frente a la incapacidad; frente a la ausencia de una concepción criminológica clara y humanista, la seducción de la respuesta represiva es un riesgo inminente.

Cuando hablamos del SIDA, o de manera más general, cuando hablamos de salud y de enfermedad, se tiende a creer que hablamos de aspectos vinculados exclusiva --o casi exclusivamente-- con la precisión de las ciencias naturales y con su supuesta realidad objetiva. Se tiene socialmente la fantasía de que al referirse al tema de la enfermedad, se habla de aspectos objetivos y cuantificables por la ciencia (biología, fisiología, genética, etc.).

Hay que recordar que el aspecto ideológico también está presente en la medicina. Esta es ejercida por hombres condicionados en mayor o menor medi-

(8) Véase Chavarría Nuria y otros, *Consecuencias psicológicas y jurídicas de la enfermedad del SIDA en Costa Rica*, U.C.R. Estudios de Post-Grado con Especialidad en Ciencias Penales.

da por las representaciones, creencias y valores propias de su medio, como lo evidencia una reciente encuesta entre los profesionales en ciencias médicas (9).

“La conclusión a que se llegó en dicha encuesta, fue que la mayoría del personal médico en Costa Rica sabe que representa la presencia de anticuerpos anti-HIV y como diagnosticar el SIDA

Sin embargo, existen contradicciones y mal entendidos en cuanto a portadores del virus, prevención de la enfermedad y la importancia del SIDA, en la opinión pública. Lo cual consideran los investigadores citados, puede deberse a la influencia de los medios masivos de comunicación”.

3. Enfermedad y delito: ¿un destino común?

Para el criminólogo, el tema de la construcción social de la enfermedad, y más específicamente el tema de cómo se construye la respuesta social hacia la enfermedad, es una referencia obligatoria. Enfocada esta relación históricamente se encuentran vinculaciones estrechas entre salud y enfermedad en términos biológicos y su construcción social, y la construcción social del problema de lo normal y lo patológico en términos de conductas sociales (10).

Enfermedad y delito, como expresiones de aspectos que en nuestra sociedad se han polarizado y negativizado, particularmente cuando ambas situaciones se vinculan con las clases sub-alternas, han tenido

(9) Se refiere a los doctores Mauricio Frajman, Luis González y Carlos Reabe.

(10) Recuérdese por ejemplo a Durkeim Emile, *Las Reglas del Método Sociológico*, Edit. La Pleyade, Buenos Aires.

grandes coincidencias en su tratamiento. Veamos algunos datos ilustrativos de la historia costarricense.

En la Costa Rica de 1821, cuando se empiezan a erigir las bases de nuestra actualidad, los primeros intentos de respuesta del incipiente estado federal frente a la enfermedad de los pobres fue la institucionalización, respuesta con la que posteriormente y hasta nuestros días se pretende subsanar también la cuestión delictiva.

Un decreto de 1826, planteaba la internación como “Queriendo dar alivio a los pobres e infelices que oprimidos de diferentes enfermedades no tienen el menor recurso” (11), y se decreta la creación de un hospital.

A lo largo del siglo XIX, la segregación aparece como la respuesta a los problemas de los pobres. Y en 1858 existía un “hospital” en edificio maltrecho y nauseabundo que albergaba a enfermos, locos y delincuentes, todos miserables. Al respecto un cronista de la época refiere:

“La situación del hospital es malsana. Está en un hueco, al lado del camino que conduce al campo de Marte (cementerio) (...).

El edificio consiste en un cuerpo central y dos alas (...) en la de la izquierda están los enfermos y dementes de ambos sexos, la de la derecha sirve provisionalmente de cárcel” (12).

Un decreto de 1853, establecía que la casa de re-

(11) Véase decreto XCVVV de 7 de junio de 1826. En C.L.D.

(12) Véase *Crónica escrita por un viajero irlandés en 1858*. Fernández Guardia, *La Costa Rica del S. XIX*, E.D.U.C.A. S.J., p. 140.

clusión para mujeres funcionaría en las mismas instalaciones de Hospital San Juan de Dios (13).

El reglamento de policía de 1849, promueve el establecimiento de hospitales de caridad para enfermos que a su vez acogieran a los mendigos (14).

A lo largo del s. XIX enfermedad y delito tuvieron en su tratamiento muchos puntos de coincidencia. Sin embargo, fue hasta finales del siglo, cuando se logra consolidar el moderno estado nacional costarricense, cuando se logra consolidar el moderno estado nacional costarricense, cuando la segregación, cuantitativa y cualitativamente, se perfila como respuesta casi exclusiva para el tratamiento de los pobres y sus problemas: Hospital para enfermos pobres, Asilos psiquiátricos para los problemas mentales de los miserables (15), y segregación geográfica para las rameras pertenecientes a las clases despojadas como "profilaxis venerea" (16). Esta tendencia hacia el aislamiento tiene a nivel positivo una nítida expresión, cuando en 1874 se escoge la Isla de San Lucas (17) como presidio.

Frente a situaciones aparentemente tan distintas en su "realidad objetiva", como sería la base biológica en la enfermedad y el "daño social" en el delito, una misma tendencia en la respuesta, como la que evidencia este brevísimo esbozo histórico, es una cuestión digna de una reflexión profunda.

(13) Véase Decreto CXXI de 7 de julio de 1853. En C.L.D.

(14) Véase Reglamento de Policía-1849. En C.L.D.

(15) Véase la *Creación del Hospicio de Locos*, Decreto CCCVI de 29/4/85 C.L.D.

(16) Véase *Primer Reglamento de Profilaxis Venerea de Costa Rica*, Decreto I de 7/8/1984.

(17) Véase Resolución VII de 28 de febrero de 1873. En C.L.D.

Un tratamiento similar frente a situaciones tan distintas despierta la legítima sospecha de que más que los datos objetivos de la realidad, es la construcción y definición social de los problemas lo que priva a la hora de responder. Podría sospecharse también que la respuesta segregatoria está más determinada por los sectores sociales a los que va destinada la intervención que por el problema objetivo que se pretende resolver.

II. EL SIDA DESDE LA PERSPECTIVA PENITENCIARIA EN COSTA RICA

1. Pensando en Clave de los Derechos Humanos:

“Que todos se levanten, que se llame a todos que no haya ni uno entre nosotros que se quede atrás”.

Popol Vuh, *Libro Sagrado de los Mayas*.

Históricamente la polémica en torno a los derechos humanos surge en Occidente vinculada directamente con las nuevas formas que asume la organización económica europea y que tiene su máxima expresión política en las demandas de libertad, igualdad y fraternidad de los revolucionarios franceses.

A partir de entonces, la expresión “*derechos humanos*” irrumpe, y en ocasiones interrumpe, en la discusión económica, política y filosófica, y más recientemente criminológica de Occidente.

Sin embargo en demasiadas ocasiones podemos calificar como retórica la discusión sobre los derechos humanos, ya que la pretensión contenida en ella que-

da pulverizada en el enfrentamiento con los procesos económicos y políticos sociales que van dejando como secuela la deshumanización.

En sectores importantes de la criminología latinoamericana, inicialmente representados por criminólogos como Alfonso Quirós Cuarón, se gestaron movimientos humanistas de respuesta frente a la pavorosa situación de los presos en esta zona *flagelada* del planeta, situación de la cual desgraciadamente Costa Rica (18) no fue la excepción.

La concepción de derechos humanos que utilizamos en este texto no es la de los derechos humanos eternos e inmutables, sino la de los derechos humanos históricamente determinados que tienen su fundamento en las necesidades reales fundamentales con igual determinación histórica.

Los derechos humanos se violentan en nuestra institución penitenciaria,

“en aquellas situaciones en las cuales los individuos son sometidos a un tipo de influencia que determina que su desarrollo somático y espiritual presente sea inferior a su desarrollo potencial” (19).

Hay quien podría decir, y con buen fundamento, que la cárcel es ya de por sí un obstáculo insalvable para las pretensiones de los derechos humanos. Sin embargo, como nuestro concepto sobre estos derechos es histórico y no abstracto, diremos que, ciertamente, pensamos que la cárcel es un espacio inapro-

(18) Chavarría y otros, *ibid.*

(19) Concepto de Galtung de la violencia estructural. Citado por García Méndez E. en su ponencia presentada a la “International Conference on prison abolition”, Free University Amsterdam, 24 Junio 1985.

piado para las pretensiones humanistas, pero su existencia actual está fuertemente arraigada en circunstancias históricas y políticas.

La cárcel existe, y mientras muchos de entre nosotros seguimos luchando por respuestas alternativas, debemos incidir en esta realidad objetiva, que no se transforma por un nuevo acto de voluntad, sino por complejos y, por cierto, poco analizados mecanismos económico-sociales y político-ideológicos.

Un sistema penitenciario será atentatorio de los derechos humanos en la medida en que las concretas posibilidades de desarrollo físico y espiritual de internos y funcionarios, sean inferiores a las posibles según el potencial económico y social de la institución en sí y de la sociedad en la que está inserta.

Desde este punto de vista, las posibilidades y al mismo tiempo las exigencias, de una alternativa carcelaria humanista en Costa Rica son muy elevadas. Un país con altos índices de salud y de alfabetización; un país sin ejército; un país donde efectivamente existen más maestros que soldados, no puede encontrar, en el sub-mundo carcelario, un rincón para el ejercicio impune de la violencia.

2. SIDA y crisis penitenciaria

La institución carcelaria costarricense, requiere de un profundo replanteo crítico, tanto de las bases teóricas que la sustentan como del abordaje práctico de la tarea criminológica.

La autoevaluación del sistema iniciada desde finales de 1987 no deja lugar a dudas de que las bases democráticas, participativas, interdisciplinarias y técni-

cas que sustentaban el modelo original, se debilitaron paulatinamente. No es del caso aquí hacer un análisis histórico, ni tampoco profundizar sobre la crisis. Solo diremos, en síntesis, que este resquebrajamiento del modelo fue cediendo cada vez más espacios al fenómeno del autoritarismo institucional.

El sistema penitenciario, en un interesante ejemplo de salud institucional, abandona el mecanismo negador de la crisis y se decide a enfrentarla con toda la complejidad que este proceso de búsqueda de una salida implica. Dentro de la trama institucional se vislumbran dos salidas posibles: una con fuerte tendencia hacia el autoritarismo y la otra inclinada hacia la democratización institucional.

El peligro de la encrucijada es inminente. El acelerado proceso de deterioro de nuestros recursos humanos ha sido favorecido tanto por las condiciones propias de una institución que, como la cárcel, parece tener como mandato social subterráneo la administración de la violencia; como por la ausencia de una verdadera política de preservación de los recursos humanos referida tanto a funcionarios como a internos.

Cuando hablamos de personal deteriorado, nos referimos fundamentalmente a dos procesos: el proceso de apatía y de compromiso del que deja hacer, o el proceso activo del funcionario que ejercita *la represión, entendida como la agravación de las condiciones psicológicas o físicas del encarcelamiento, o la selectividad* que "permite o consagra privilegios o invulnerabilidad" (20), así como también a aquel que ejercita

(20) Véase Zaffaroni, E., *Sistemas Penales y Derechos Humanos en América Latina: Informe Final*, Edit. Dipalme, Buenos Aires, 1986.

la *estigmación*, entendida como el grado de señalización institucional desvalorizante.

Precisamente cuando la institución se encuentra en la búsqueda de una salida humanista para el abordaje penitenciario, aparece el SIDA con su aureola de pánico y estigmatización.

En momentos tan difíciles como el que actualmente vive la institución carcelaria costarricense, la salida hacia un modelo humanista tiene como eje la democratización, y ésta necesita como requisito indispensable el diálogo franco, sereno y horizontal, que permita a todos los participantes de la vida institucional (funcionarios e internos) externar sus necesidades. Y ejercitar sus derechos humanos. El *diálogo permanente es la única arma efectiva contra el autoritarismo institucional* (21). ¿Será el temor irracional que despierta el SIDA, un obstáculo insalvable para el surgimiento de un modelo carcelario humanista?

III. BUSCANDO UNA SALIDA

1. ¡Peligro! SIDA en la Cárcel

Con respecto al terror social que el SIDA despierta es importante hacer algunas reflexiones:

- a. El SIDA desde su surgimiento estuvo asociado a grupos sociales fuertemente estigmatizados, como

(21) Definimos autoritarismo institucional como aquel proceso en que las decisiones esenciales son tomadas por una persona o por pequeños grupos detentadores del poder, decisiones cuyos resultados recaerán en centenares de individuos con poca o nula participación en el proceso de toma de decisión.

los homosexuales y los consumidores de drogas introducidas al cuerpo por jeringas.

- b. El SIDA, como la mayoría de las enfermedades cuyo contagio se vincula con el sexo, recibe un tratamiento social cargado de angustias y fantasías producto del tabú y la represión que gira alrededor de la sexualidad.
- c. Al ser el SIDA un síndrome para el que todavía no existe cura, la presencia de la enfermedad implica generalmente la muerte, y como cuando asistimos a un funeral participamos de un ensayo general de nuestro propio entierro, obviamente, la presencia de la muerte siempre desata la angustia. Cuanto menos desarrollada esté dentro de una cultura la reflexión y aceptación de la muerte como proceso natural, tanto mayor será el malestar social que genera y que normalmente se traduce en conductas irracionales y también por ello peligrosas.

Estos y otros aspectos que no se mencionan aquí, podrían explicar, al menos parcialmente la detonación de los mencionados de estigmatización, vergüenza y abandono que actualmente sufre casi cualquier enfermo de SIDA en Costa Rica. Se inaugura una nueva forma de enfermarse instalada en la clandestinidad y el disfraz, se inventan causas de muerte, hay que irse consumiendo en silencio, mientras que los más cercanos escriben un guión mortuario socialmente aceptable para evitar el escarnio. *Al dolor de la enfermedad y la muerte, se suma el dolor del ultraje.*

2. Preso y con SIDA: Estigma sobre Estigma

Que el encarcelamiento es uno de los procesos de estigmatización social más eficaces es una afirmación de la que pocos dudan. En la distribución social, y por cierto desigual, de las etiquetas negativas, la cárcel ocupa un papel protagónico adjudicando estigmas generalmente a los miembros de las clases sub-alternas: nuestras cárceles están llenas de pobres.

De tal manera que si uno es, por ejemplo, homosexual, preso y con SIDA, reúne una dosis de estigmatización extraordinaria. En tal situación las *opciones sociales son prácticamente nulas*.

Los prejuicios y los mecanismos de exclusión que acompañan el estigma convierten al sector analizado en un sector vulnerable, en un sector de alto riesgo en el proceso de agresión social e institucional. Por esta razón solo el diseño de una política férreamente anclada en los derechos humanos permitirá reducir el impacto deteriorante y deshumanizante de la cárcel. De otra forma, la prisión deviene en un espacio de alta impunidad para el ejercicio de la violencia.

De ahí que uno de los principales peligros que el SIDA representa a nivel penitenciario, sin dejar de lado la posibilidad del contagio que revisaremos más adelante, es el de acelerar y consolidar el proceso autoritario en la institución. ¿Cómo consolidar la necesidad de establecer canales permanentes de comunicación funcionario-interno, imprescindibles en el proceso democratizador, si el funcionario teme al interno?

3. Pensamiento Represivo: La Simpleza de las Decisiones Instaladas en la Fantasía

La construcción social de la realidad, proceso en el cual incluimos los mecanismos de estereotipia, el prejuicio, el manejo selectivo de etiquetas etc., fundamenta su eficacia, como toda la ideología, en la inintencionalidad:

“El hombre está dentro del sistema ideológico que funciona con una legalidad social objetiva y no por intereses maquiavélicos subjetivos” (22).

Si la base material de una sociedad está organizada de manera opresiva esto es, si, por ejemplo, no todos tienen las mismas oportunidades, o la distribución económica es injusta, condicionados o determinados por esta realidad se desarrollarán mecanismos de construcción social que reproducen este *fundamento económico. Podría decirse, por ejemplo, que la distribución desigual de los estigmas es más o menos directamente proporcional a la desigualdad de la distribución de los ingresos.* De tal manera que el modo como operan los estereotipos no es intencional y explícito, de ahí el carácter difuso de los mismos. Así las cosas, si no abrimos la discusión al respecto, si no hacemos conciente lo inintencional, el riesgo de respuestas inadecuadas para el manejo del SIDA es inminente, y esto significa una enorme responsabilidad frente a la sociedad costarricense y sus políticas de prevención de este síndrome.

(22) Véase Danel Jonet, *Ideología y Epistemología*, Edit. Edicol S.A., Nov. 1977, p. 67.

4. ¡Los Presos nos Pueden Contagiar!

Depositar en los internos en general, y en los portadores sanos en especial, toda clase de fantasías de contagio es un fenómeno predecible y nefasto.

Las formas a través de las cuales se contagia el SIDA han sido ampliamente difundidas por científicos y organizaciones médicas alrededor del mundo. Existe evidencia epidemiológica que indica que *sólo la sangre, el semen y las secreciones cérvico-vaginales* están asociadas con la transmisión del virus, de manera tal que las vías de transmisión del virus son (23):

1. Sexual
2. Transfusión de sangre, jeringas no esterilizadas
3. Perinatal
4. Donación de órganos o tejidos infectados.

El Director del Programa Global para el SIDA, de la O.M.S., señala que “afortunadamente las rutas de transmisión del virus son limitadas al contacto sexual, sanguíneo o de madre a hijo” (24). En tanto se eduque para regular las posibles vías de transmisión, el resto de los contactos sociales que supone interacción normal entre funcionario e interno, y entre internos, no será riesgosa para ninguno de los participantes ya que según autoridades de salud costarricenses y extranjeras, los “estudios de contactos familiares no sexuales de pacientes con SIDA, indican que

(23) Datos tomados del Ministerio de Salud y otras Pautas para la Capacitación de equipos de salud y educación comunitaria, San José, 1987.

(24) Véase Mann M. Jonathan, *For a Global Challenge. En World Health March*, 1988.

aún el contacto prolongado aparentemente no resulta en la transmisión de la infección. Dado que el H.I.V. no parece diseminarse en la familia, es aún menos probable que pueda ser transmitido en lugares con menos contacto frecuente o íntimo por ejemplo, escuelas o lugares de trabajo” (25).

Sin embargo, la respuesta segregante para “evadir el contagio” parece tener fuerte arraigo institucional.

5. Examinémoslos a Ellos Contra su Voluntad

La propuesta del examen obligatorio para los presos podría ilustrar con claridad los mecanismos de depositar en el otro lo negativo, en tanto que el grupo que activa el mecanismo estigmatizador se autodefine como fuera de toda sospecha. Uno de los considerandos de un proyecto de decreto para examen obligatorio a los presos dice:

“Que un alto porcentaje de la población penitenciaria se ubica dentro de algunas de las categorías de alto riesgo que han sido definidas por el Ministerio de Salud, a saber las de los hombres promiscuos, mujeres promiscuas, prostitutas, homosexuales y drogadictos”.

En primer lugar diremos que la categoría de los drogadictos es de alto riesgo en Europa y Estados Unidos referida a los consumidores de droga inyectable. En ningún caso se refiere al consumo de alcohol, marihuana o materiales inhalantes, *que son las prácticas propias más generalizadas en nuestro país.*

En segundo lugar será interesante determinar sobre qué criterios se define que un alto porcentaje de los

(25) Véase Ministerio de Salud y otros, *ibid.*

internos son hombres o mujeres promiscuos, prostitutas u homosexuales. ¿Existe al menos una investigación que señale diferencias tajantes entre las prácticas sexuales de los presos y las del resto de la población?. ¿No existen acaso funcionarios y funcionarias que también pueden calificarse con esa palabra desvalorante de promiscuos?. ¿La práctica homosexual es patrimonio exclusivo de los encarcelados?

En Costa Rica la investigación científica sobre prácticas sexuales es casi nula, por lo cual es evidente que las apreciaciones mencionadas en el posible decreto no tienen asidero científico. ¿Estarán acaso asentadas en el prejuicio?. Todo parece indicar que sí.

¿No sería pensable que una norma que establece examen de SIDA obligatorio sólo para una parte muy pequeña de la población, como sería la de los presos, es francamente discriminatoria? ¿Es acaso una casualidad que la obligatoriedad del examen recaiga sobre el sector más vulnerable, marginalizado y estigmatizado de la sociedad costarricense?.

A nivel internacional, conforme se adquiere mayor conocimiento del problema, parece ser que la tendencia hacia las medidas autoritarias se va debilitando. “La política más común es la de ofrecer la posibilidad de examinarse a los prisioneros pertenecientes a los grupos de alto riesgo sobre la base de la voluntariedad” (26) según muestra una encuesta en 17 naciones europeas. De entre ellas, 12 siguen el procedimiento antes descrito.

En Costa Rica, especialistas en el tema opinan que

(26) Dr. Harding T.W., *Aids in prission: Conclusions based on a survey out by the Council of Europe*, Oct. 1987.

“los exámenes de SIDA por consenso se deberían realizar en voluntarios y sus resultados manejarse como estrictamente confidenciales para evitar las reacciones histéricas e inhumanas de rechazo y estigmatización” (27).

Por otra parte, y más allá de la aparente violación de los derechos humanos de los individuos sometidos a exámenes médicos contra su voluntad, acción para la que de por sí habría que analizar si tenemos la capacidad económica para efectuarla, habría que preguntarse qué sentido tendrían estas pruebas. ¿Cuál sería su utilidad práctica?.

6. La Segregación de los Portadores Sanos: Prevención o Represión?

Hablábamos en este apartado de los portadores sanos, pues damos por sentado que las personas que empiecen a manifestar la sintomatología propia del SIDA deberán atenderse extrainstitucionalmente fuera de la cárcel.

Atención médica especializada y condiciones especiales serán necesarias. El paciente que desafortunadamente tiene pocas posibilidades de vida, deberá mínimamente tener el derecho a enfrentar con dignidad este dramático trance. La cárcel no es para ello el lugar adecuado. Medidas institucionales deberán tomarse cuando se presente el caso, por parte de las autoridades penitenciarias, especialmente del Instituto Nacional de Criminología.

(27) Véase Frajman Mauricio, *Sida: Virología, epidemiología y moral*, Periódico Universidad, Semana del 3 de junio de 1988.

Con respecto a los portadores sanos diremos que la persona infectada “tiene anticuerpos pero no presenta señales manifiestas de la enfermedad” (28) (sero positivos). El tiempo que tarde en desarrollar el síndrome sigue siendo una incógnita:

“El SIDA podría no presentarse durante años o inclusive décadas después de haber contraído la infección viral” (29).

Por otra parte, la prueba E.L.I.S.A., que se define como una “excelente prueba”, no es 100% sensible, de manera que los resultados positivos corren el riesgo de estar equivocados. “De ahí la necesidad de las llamadas pruebas confirmatorias que son mucho más caras y difíciles de realizar (...) la misma Organización Mundial de la Salud se ha pronunciado en contra de esta práctica (exámenes generalizados del SIDA) por considerarla sin valor para prevenir el SIDA, además de onerosa y discriminatoria” (30).

En primer lugar hay que recordar que los médicos tienen la obligación de manejar los expedientes de los pacientes con absoluta confidencialidad, como se desprende de las recomendaciones de la O.P.S.

“La notificación de los casos debe hacerse no sólo a los organismos nacionales sino también a la O.P.S. cada tres meses. La notificación tiene carácter confidencial, dado el sensacionalismo que acompaña la incidencia del SIDA. Es así que se recomienda emplear un número para cada paciente en lugar de su nombre. Los organismos oficiales de salud, así como los médicos no deberán proporcionar a ninguna organización o individuo información que permi-

(28) Chavarría Nuria y otros, *Ibid.*, p. 2.

(29) Man M., ... *For a Global Challenge*, *ibid.*

(30) Véase Frajman Mauricio, *ibid.*

ta identificar al paciente examinado sin permiso de éste” (31).

Obviamente, si un interno es sometido a medidas especiales, como la segregación, la confidencialidad sobre su estado quedaría en entredicho.

Sin embargo, existen argumentos de más peso para oponerse a las medidas de exclusión, como el que nos da el mismo director del Programa Mundial del Sida de la Organización Mundial de la Salud cuando nos dice:

“Las personas infectadas de SIDA *pueden y deben* permanecer dentro de la sociedad al menos por dos razones. La primera es que a no ser por sexo sin protección, transfusiones de sangre o al compartir jeringas, los infectados con el virus no son peligrosos para los demás. La segunda es que la amenaza de exclusión o de cosas peores va a llevar el problema hacia la clandestinidad lo que debilitará las estrategias educativas y de control de la situación” (32).

Según un informe de Octubre de 1987 sobre las cárceles de países europeos (33), la presencia del SIDA es alta, dado que se calcula que en más de un 50%, los consumidores de droga intravenosa están contaminados; y las cárceles seleccionan de esta población un porcentaje alto de su clientela regular. Sin embargo, los prisioneros “seropositivos” no están sujetos a ninguna restricción en Francia, Italia, Austria, Dinamarca, Holanda, España, Suiza o Noruega. En países como Bélgica viven en celdas individuales pero pueden participar en todas las actividades propias del centro penal. En algunos países las

(31) Véase Chavarría y otros, *ibid.*, p. 18.

(32) Véase M. Mann, *For a Global Challenge*, *ibid.*

(33) Hurdling T.W., *Aids in prisión*, *ibid.*

medidas especiales consisten en complementos alimentarios (Grecia) o en atención psicológica para enfrentar los retos enormes del nuevo estado (Suecia y Suiza) (34).

De los 17 países estudiados cuya población penal asciende a 270.000 presos, únicamente Portugal recomienda el aislamiento como respuesta penitenciaria al manejo del SIDA.

La medida del aislamiento es generalmente desaconsejada por los expertos en el tema, y no solamente sobre la base de los criterios de respeto que merecen los portadores, sino, y así lo enfatizan los especialistas, porque estas medidas en *vez de ayudar a evitar la diseminación del SIDA, la alientan*. De ahí el riesgo y la tremenda responsabilidad social que implica la toma de medidas. No sólo porque tenemos que velar por la salud de los presos y funcionarios, sino también por la de sus familias y la de la sociedad en general. Únicamente pensemos en ésto; ¿Qué resortes educativos y de solidaridad social podrán activarse en un hombre que se reintegra a la sociedad después de haber salido de una cárcel donde fue aislado, estigmatizado y abandonado? Quizá aquí esté otro de los grandes peligros.

“De manera que la forma como la sociedad responde frente a las personas infectadas no solamente reflejará los valores fundamentales de esa sociedad, sino que establecerá la diferencia entre el éxito y la derrota en la estrategia de control del SIDA. Entre más exclusión mayor es el riesgo al que sometemos a la sociedad, en tanto que la inclusión conlleva a la protección” (35).

(34) *Ibid.*

(35) Palabras del Director del Programa Global de Prevención del SIDA de la Organización Mundial de la Salud ... *For a Global Challenge*.

7. En Busca de la Verdadera Prevención: La Salida Humanista

Hemos afirmado que ninguna alternativa de humanización penitenciaria se puede dar sin el interno ni mucho menos contra él. Valga lo mismo para los funcionarios. La crisis de la que aún no logra salir el sistema penitenciario costarricense lo coloca en la encrucijada: democratización o autoritarismo. Desde esta perspectiva el SIDA podría representar, por la aparente necesidad de medidas autoritarias, un importante riesgo, o por el contrario, la presencia del virus y el adecuado manejo que para prevenir su transmisión es imprescindible. Puede conducir hacia la democracia y la educación como únicas vías de prevención.

Una lucha efectiva, no burocrática, o falsamente tranquilizadora, contra el SIDA nos obliga en la práctica a una salida educativa y democrática.

Afortunadamente, las vías a través de las cuales se puede diseminar el SIDA son reducidas y controlables, básicamente transmisión sexual, o de sangre a sangre.

El SIDA “no se transmite a través de alimento o agua ni a través de insectos, ni en los asientos del servicio sanitario, ni en piscinas, teléfonos, apretones de manos, abrazos, tosidos o estornudos” (36).

Las rutas de transmisión son reducidas y prevenibles de manera que *la única posibilidad de* detener la diseminación de la enfermedad y de aliviar sus efectos es la de dar a los individuos, grupos y a los

(36) *Ibid.*

encargados del establecimiento de políticas; asesoría, información y educación sobre cómo evitar la transmisión y como manejar de manera más efectiva las consecuencias” (37).

Para que el desarrollo de este plan de concienciación alrededor de la enfermedad sea posible el *primer paso es preparar adecuadamente a todos los trabajadores penitenciarios*. Esta capacitación implica no sólo el manejo de la base biológica del SIDA, sino capacitación sobre la problemática psicosocial del mismo.

Por otra parte, el funcionario penitenciario también, sujeto a toda la ansiedad y el miedo que la enfermedad ha generado, deberá contar con espacios terapéuticos donde las dudas, los temores y los problemas que se presenten puedan circular libremente para así poder encontrar una respuesta colectiva. Bajo la tutela del Centro Nacional de Capacitación Criminológico Penitenciario, deberían implementarse políticas estables en tal sentido, ya que todo hace preveer un aumento en la población general con antituerpos, o desarrollando el síndrome.

Partamos de un criterio de realidad, *todos* tenemos miedo. El SIDA es hasta el momento una epidemia mortal. Luchemos contra la angustia a través de la información científica adecuada y del espacio terapéutico. Por espacio terapéutico no nos referimos a espacios estrictamente psicológicos, lo entendemos como un lugar donde la circulación colectiva de las angustias, las dudas y las soluciones permita una

(37) Danziger, R., Investigador de la unidad conductas sociales de la O.M.S., *Patterns of Behaviour, World Health, March, 1988.*

respuesta grupal a los problemas que garantice la seguridad individual y general.

Un funcionario bien informado y capaz de lidiar con la angustia, tanto la generada objetivamente (racional) como la que surge del prejuicio (irracional), deberá ser el eje sobre el que descansen las imprescindibles y urgentes políticas de prevención.

En esta situación histórica concreta de enseñanza-aprendizaje de las vías de prevención del SIDA, el contar con funcionarios saludables es ya por sí una garantía. El otro eje de la relación pedagógica es el interno, depositario de una gran necesidad de prevención, victimizado por las condiciones propias de la cárcel, y por el mismo miedo al SIDA que se ha generado, deberá desarrollar a partir de esta política preventiva no sólo la respuesta a su necesidad de no ser contagiado, sino también la responsabilidad de evitar contagiar a otro, de tal manera que la política de prevención del SIDA, debe articularse a una política integral de la institución.

Cuanto más reduzcamos la violencia institucional general los muertos, los heridos, los violados, los engañados, los estigmatizados, los olvidados, tanto más reduciremos el peligro al SIDA

“Que todos se levanten, que se llame a todos que no haya ni uno entre nosotros, que se quede atrás”.

Popol Vuh, *Libro Sagrado de los Mayas*

BIBLIOGRAFIA

- Acheson, Donald (1988): *Modes of Transmission. The basis for prevention strategies. World Summit of Ministers of Health on Programmes for Aids Prevention*, Londres, Inglaterra.

- Carballo, Manuel (1988): *The Critical role of counselling World Summit of Minister of Health in Programmes for Aids prevention*, Londres, Inglaterra.
- Colección de Leyes y Decretos de Costa Rica (1833)* (CLD), Archivos Nacionales.
- Chavarría, Nuria y otros (1988): *Consecuencias psicológicas y Jurídicas de la Enfermedad del SIDA en Costa Rica*, U.C.R. Estudios de Post-grado con Especialidad en Ciencias Penales.
- Danel, Jonet (1977): *Ideología y Epistemología*, Editorial Edicol S.A., 67.
- Frajman, Mauricio (1988): *SIDA: virología, epidemiología y moral*, Periódico Universidad Nacional. Semana del 3 de junio de 1988.
- García Méndez (1985): *Internacional Conference in prison abolition*, Free University Amsterdam.
- Harding, T.W. (1987): *Aids in prission: Conclusions based on a survey out by the council of Europe*.
- Mann, Jonathan (1988): *For a Global Challenge. En World Health*.
- Ministerio de Salud (1987): *Pautas para la capacitación de Equipos de Salud y Educación Comunitaria*, San José, Costa Rica.
- Rosental e' Indin. (1965): *Diccionario Filosófico*, Editorial Pueblos Unidos, Montevideo.
- Rimio, Mario (1981): *Clases Sociales y Enfermedades: Introducción a una Epidemiología diferencial*, Editorial Nueva Imagen, 4.
- Zaffaroni, Raul (1986): *Sistemas Penales y Derechos Humanos en América Latina. Informe Final*, Editorial Depalma, Buenos Aires.