



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL
MENCIÓN PERIODISMO

**RETRATO DE SOMBRAS: VIVIR CON VIH-SIDA EN LAS CÁRCELES
VENEZOLANAS**

Reportaje de investigación sobre las condiciones de vida de las personas privadas
de libertad infectadas con VIH-SIDA

Trabajo de Investigación presentado por:

Adriana ROMERO PUCHE

a la

Escuela de Comunicación Social
Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciada en Comunicación Social

Tutor:

Acianela MONTES DE OCA

Caracas, septiembre 2008

AGRADECIMIENTOS

A ti, lector, por darme la oportunidad de entrar a tu casa.
A todos los hermanos de la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha” por invitarme a conocer otra cara de la realidad penitenciaria venezolana.
A las Jineteras del Apocalipsis, entrañables y fieles compañeras durante las largas noches de escritura e imaginación.
A Aline Dos Reis y a Doña Brava por acogerme en su casa durante la recta final
A mis papás por incentivar me y creer en mí
A mi equipo de trabajo, en especial, a Raquel, a Edyuli y a Daniel por apoyarme
A todo el equipo de trabajo del Ministerio de Interiores y Justicia por creer en la lucha contra el VIH/SIDA
A Carlos Luis por dejar a un lado el prejuicio
A Ramón por creer en un mañana mejor
A *el portugués* y a Michell por recordarme que nunca podemos dejar de soñar
A Walter por no abandonar nunca su lucha personal
Y a ti de nuevo, lector, por convertirte en mi verdadero cómplice.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. MÉTODO.....	8
PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	14
MODALIDAD Y GÉNERO.....	16
HIPÓTESIS.....	19
PÚBLICO META.....	19
FICHA TÉCNICA.....	20
<i>Métodos de investigación.....</i>	<i>20</i>
<i>Mapa de actores.....</i>	<i>23</i>
DELIMITACIÓN.....	27
LIMITACIONES Y LOGROS.....	28
III. DESARROLLO.....	31
CAPÍTULO I: CASTIGOS MALDITOS.....	32
CAPÍTULO II: UN VERDUGO INVISIBLE.....	53
CAPÍTULO III: ¿QUÉ HE HECHO PARA MERECEER ESTO?.....	79
CAPÍTULO IV: CARRERA CONTRA LA MUERTE.....	107
CAPÍTULO V: UNA ORQUESTA AFINA SUS INSTRUMENTOS.....	126
IV. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CITADAS.....	148
<i>Libros.....</i>	<i>148</i>
<i>Resúmenes.....</i>	<i>149</i>
<i>Leyes.....</i>	<i>149</i>
<i>Informes.....</i>	<i>149</i>
FUENTES HEMEROGRÁFICAS CITADAS.....	150
<i>Periódicos.....</i>	<i>150</i>
TRABAJOS DE GRADO CITADOS.....	151
FUENTES ELECTRÓNICAS CITADAS.....	151
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS.....	155
<i>Libros.....</i>	<i>155</i>
<i>Informes.....</i>	<i>155</i>
V. ANEXOS.....	156

I. INTRODUCCIÓN

Históricamente, desde que el hombre vive en sociedad, la idea del *otro* ronda por doquier. Una idea de *otro* dicotómica, que necesita un complemento. Un *otro* capaz de marcar una diferencia, incluso, tan profunda que puede convertirse en un estigma.

Otros son los que saltan las barreras culturales tradicionales y conforman grupos con normas y valores propios, como los *rockeros* o los pandilleros; *otros* son los que infringen las leyes y son encasillados como delincuentes; y *otros*, doblemente etiquetados, están bajo la condena de la justicia venezolana y viven, además, con una de las infecciones más devastadoras de la humanidad: el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En Venezuela, las estadísticas epidemiológicas de este virus se conocen parcialmente. Algunas organizaciones internacionales, como ONUSIDA, aseguran que las cifras superan los 100 mil casos. Médicos y representantes de la Sociedad Venezolana de Infectología creen, por sus estudios, que el número de pacientes con VIH llega a 50 mil, sin contar los casos de las personas que aún no saben que viven con el agente patológico. El Programa Nacional de Sida, ente público encargado de dirigir las pautas sobre prevención y tratamiento, afirmó que para finales de 2006 existían 63 mil ciudadanos infectados con VIH.

Lamentablemente, de ninguna de estas cifras es posible deducir cuántos hombres detenidos por la justicia venezolana viven con VIH, ni cómo es el ambiente que los rodea. Los hombres privados de libertad en Venezuela padecen no sólo las consecuencias del encierro, sino de una de las epidemias más discriminadoras de la humanidad.

Por eso el interés de realizar un reportaje interpretativo, mediante las herramientas del periodismo de investigación, sobre las condiciones en las que adquieren el virus y viven las personas privadas de libertad que están infectadas con VIH o desarrollan el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA).

Para la realización de esta investigación, se seleccionaron tres penales del Estado Miranda, al norte de Venezuela: los Internados Judiciales Rodeo I y Rodeo II, ambos localizados en Guatire y el Internado Judicial de Los Teques, ubicado en la capital mirandina.

Después del trabajo de campo en las tres cárceles se decidió entrevistar sólo a los hombres internados en el Rodeo I y en el retén de Los Teques por razones de factibilidad: entre los dos penales fue posible conocer cinco historias de personas infectadas con VIH.

El Trabajo de Grado consta de un capítulo en el que se desarrolla el planteamiento metodológico que certifica y justifica este estudio de campo periodístico y de un reportaje de investigación, *Retrato de sombras: vivir con VIH-SIDA en las cárceles venezolanas*, que consta de cinco capítulos

El primer capítulo, titulado “Castigos malditos”, resume algunas de las condiciones de los centros de reclusión penitenciaria de Venezuela, con especial énfasis en las características del Rodeo I. También es el abreboca para conocer la vida de Carlos Luis Maldonado, uno de los cinco internos que viven con VIH.

El segundo capítulo, denominado “Un verdugo invisible”, cuenta brevemente la historia del descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Describe sus características, las distintas vías de transmisión, los mecanismos de detección, la sintomatología asociada y las particularidades de las infecciones que aprovechan la ausencia del batallón inmunológico para invadir al cuerpo humano.

El tercer capítulo está dedicado, *grosso modo*, a describir y explicar el comportamiento sexual de los hombres venezolanos: por qué usan o no condón, a qué edades comienzan las relaciones sexuales, cuáles son los riesgos y las consecuencias inherentes a la falta de educación sexual. Por ello, lleva como título “¿Qué he hecho para merecer esto?”

Allí, entrelazados con datos, se narra la historia del negocio de la prostitución del Rodeo I, se describe el momento en el que Carlos Luis Maldonado descubre que está infectado y aparecen los testimonios de vida de dos hombres más que también viven con el virus: Ramón Lugo y Pedro Goncalves.

Para el cuarto capítulo, titulado “Carrera contra la muerte”, las cifras de organizaciones y asociaciones nacionales e internacionales cobran vida para describir la situación de la epidemia en el mundo, sobre todo, en países como Sudáfrica, uno de los más azotados. Este contexto sirve para dibujar la vida del sudafricano Michell Brown, el cuarto hombre entrevistado para este reportaje de investigación y el que más se acercaba a la muerte porque estaba en la etapa final del SIDA.

También se exponen los resultados de experiencias favorables en contra de la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA y se abordan trabajos internacionales sobre estudios epidemiológicos del virus en centros penitenciarios. Concluye con el principio del testimonio del quinto y último hombre privado de libertad e infectado: Walter Usechi, fiel creyente de la Virgen de Las Mercedes, protectora de los presos.

El quinto y último capítulo, denominado “Una orquesta afina sus instrumentos”, expone el debate entre miembros de la sociedad civil organizada y funcionarios públicos venezolanos sobre cómo prevenir la epidemia dentro de los penales. Consecuentemente, describe con pocas palabras el cambio de vida que ha

representado la infección para los cinco internos entrevistados en este reportaje. Finaliza con una breve reflexión sobre el avance de la epidemia en el mundo y sobre su supuesto control, dentro y fuera de las cárceles de Venezuela.

En sus manos está la oportunidad de aproximarse, por curiosidad o por algún interés particular, a un entorno en donde esos *otros* que infringen la ley, también sufren las consecuencias de la discriminación por la infección del VIH.

II. MÉTODO

Presentación de la investigación

El inicio de la década de los ochenta marcó un hito en el mundo: el 5 de junio de 1981 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos) reportó los primeros casos de una enfermedad que padecían 5 homosexuales norteamericanos. De acuerdo con el tratado *Principios de Medicina Interna* (2001), recogido por Harrison, estos hombres, sin conexión alguna, presentaban síntomas similares: pérdida acelerada de peso, fiebre inexplicable, diarreas incontrolables, manchas color violeta que certificaban la presencia de un tipo de cáncer de piel llamado Sarcoma de Kaposi, neumonía por un parásito conocido como *Pneumocystis carinii* y un importante déficit de glóbulos blancos. Tres años después, la responsable de la extraña epidemia que azotó a estos cinco hombres tenía nombre: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Este síndrome, también conocido por sus siglas, es la etapa final de una infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), descubierto en 1986. El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, un agente patológico con características particulares: están compuestos por cadenas de Ácido Ribonucleico (ARN) capaces de transformarse en Ácido Desoxirribonucleico (ADN) para poder infectar a las llamadas células CD4, también llamadas *ayudantes o inductoras* porque forman parte del batallón de defensas del cuerpo humano.

Tras un proceso gradual que puede durar 10 años, el VIH destruye progresivamente las células CD4 e infecta al resto del grupo que conforma el comando de *linfocitos*, células responsables de las respuestas inmunitarias contra las infecciones. En consecuencia, cuando el sistema inmunológico del organismo pierde su capacidad para defenderse de infecciones, algunas enfermedades aprovechan esta condición para desarrollarse y generar, a largo plazo, la muerte

del paciente. Para una persona en la etapa SIDA, probablemente, una gripe, una neumonía o una infección vaginal como la Candidiasis pueden, incluso, causarle la muerte.

En la actualidad, según cifras que maneja el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), existen 33, 2 millones de personas que viven con VIH. Para finales de 2007, un poco más de 2 millones habían muerto por SIDA y 2,5 más eran nuevos portadores del virus. En América Latina, aun cuando la epidemia se mantiene estable en comparación con 2006, ONUSIDA calcula que en 2007 se infectaron 1, 6 millones de ciudadanos. Y de acuerdo con este mismo informe fallecieron, aproximadamente, 58.000 latinoamericanos por SIDA.

A pesar del considerable progreso en las investigaciones sociales y científicas, el VIH/SIDA continúa amenazando a la población. ONUSIDA estima que diariamente 6.800 personas adquieren el virus y más de 5.700 fallecen a causa del síndrome. Esta epidemia es, casi treinta años después de la aparición de los primeros cinco casos, uno de los desafíos más difíciles de superar, sobre todo, porque afecta a los más vulnerables: los pobres, los necesitados, los que tienen pocos recursos y posibilidades de acceso a la educación y el trabajo.

Dentro de este grupo se encuentra uno con características particulares: los privados de libertad. Así, aun cuando hay poca divulgación sobre los casos de VIH/SIDA en centros penitenciarios, existe un número desconocido de ciudadanos detrás de las rejas que viven con el virus o desarrollan el SIDA. Algunos de ellos, inclusive, han fallecido.

Para mediados de 2005, cuando ONUSIDA auspició con el Gobierno una campaña contra el SIDA, existían en Venezuela entre 200.000 y 400.000 personas infectadas por el VIH, no registradas formalmente. Por su parte, Carla Rondón, trabajadora social del Programa Nacional VIH/SIDA, aseguró que esta

cifra es exagerada. Según los datos oficiales, entre 1982 —fecha del primer diagnóstico de VIH en el país— y 2006 se han reportado 63.000 casos de infección por el virus. De éstos, 18.243 reciben tratamiento antirretroviral.

Sin embargo, las cifras reales de esta epidemia dentro de las cárceles venezolanas no se conocen. Humberto Prado, coordinador del Observatorio Venezolano de Prisiones (OVP), aseguró ante las cámaras de Globovisión el miércoles 23 de julio de 2008 que durante el primer semestre de este año habían fallecido 3 internos que tenían VIH.

En efecto, así sucedió. Entre marzo y julio de 2008, el SIDA derrotó a tres hombres: José Argenis González, en el Internado Judicial de Carúpano; Fernando de Jesús Hernández Sánchez, en la Cárcel Nacional de Maracaibo; y a José Solís Valencia, en el Centro Penitenciario Santa Ana.

Previo a este señalamiento, esta Organización No Gubernamental (ONG) presentó un informe descriptivo sobre el fallecimiento de dos privados de libertad: Ranse Gastón González Díaz y Gerardo Enrique Revuelta, reclusos del Centro Penitenciario de Uribana, ubicado en el estado Lara.

Según el documento, ambos internos ingresaron al Hospital Dr. Luis Gómez López el 16 de diciembre de 2006 con un cuadro avanzado de tuberculosis y SIDA. González murió durante el traslado al centro de atención médica, y Revuelta falleció al día siguiente.

Estos casos, que a simple vista parecieran no ser significativos, son el pretexto para este trabajo de investigación. Hoy es necesario conocer cómo se infectan y cómo viven los internos que tienen VIH o desarrollan el síndrome. ¿Reciben atención médica y tratamiento antirretroviral? ¿Por qué algunos han fallecido? ¿Cuál es la historia que está detrás de casos como el de Ranse González y Gerardo Revuelta?

Objetivo general

Realizar un reportaje interpretativo, mediante las herramientas del periodismo de investigación, sobre las condiciones en las que adquieren y reciben atención las personas privadas de libertad que viven con VIH o desarrollan el SIDA y están reclusas en las cárceles venezolanas, con especial atención en los Internados Judiciales de Los Teques, Rodeo I y Rodeo II.

Objetivos específicos

- Investigar si las instituciones del Estado a las cuales les corresponde velar, proteger y garantizar los derechos de las personas privadas de libertad, en especial de quienes viven con VIH/SIDA, cumplen con sus deberes.
- Describir cómo viven los internos infectados con VIH/SIDA en los centros penitenciarios del país, en particular en Los Teques, en el Rodeo I y en el Rodeo II.
- Indagar cuál es la vía de transmisión del virus y si reciben o no tratamiento y atención médica especializada las personas privadas de libertad que viven con VIH, sobre todo, en las penales antes mencionados.
- Investigar las razones por las cuales el VIH/SIDA en las cárceles se mantiene como una información poco divulgada.
- Conocer cómo funcionan algunas Organizaciones No Gubernamentales y Asociaciones Civiles que trabajan en pro de los derechos de las personas privadas de libertad y de las personas que viven con VIH.

Paradigma de la investigación

Toda investigación parte, ineludiblemente, de un marco, de una línea conductora. Este marco no es otra cosa que *el paradigma*, un conjunto de creencias que permiten acercarse al mundo y conocerlo. A partir de él, el entorno que nos rodea ofrece diversas posibilidades de aproximación. Puede ser a través de números, o a través del análisis crítico del contexto, y también puede ser mediante *el principio de complementariedad*, definido por Miguel Martínez en el libro *El paradigma emergente* (1993) como: “La incapacidad humana de agotar la realidad con una sola perspectiva, punto de enfoque, óptica o abordaje, es decir, con un solo intento de captarla” (p.131).

Así, bajo esta premisa, valdría la pena hacerse unas preguntas: ¿Cómo acercarse al mundo penitenciario venezolano sin interpretar, sin tratar de reconstruir hechos, sin descifrar signos, sin dejar de pensar que la subcultura que allí convive es un prisma? ¿Cómo intentar conocer las condiciones de las personas privadas de libertad que tienen VIH o desarrollan el SIDA sin hablar de historias personales, humanas?

Estas preguntas para este Trabajo de Grado sólo tienen una respuesta: la comprensión, para ser lo más integral posible, debe partir de un paradigma que permita estudiar lo que sucede tras los muros de los penales del país a través de múltiples perspectivas, relacionadas entre sí, y que durante esa misma interacción sean capaces de explicar, o intentar explicar, la naturaleza del fenómeno al cual está dedicado este trabajo: el VIH/SIDA.

Este paradigma no es otro que el *constructivista*, que no sólo cumple con el principio de complementariedad, propuesto por Martínez; también sigue otros postulados.

Gracias a la *tendencia al orden de los sistemas*, implícita en este paradigma, las estructuras viejas o nuevas siempre interactúan y realizan nuevas conexiones. Ni siquiera cuando se oponen, se contradicen. Por el contrario, se complementan. Este supuesto es clave para la investigación sobre el VIH/SIDA en las cárceles venezolanas. Comparar, por ejemplo, estudios recientes sobre el tema con documentación anterior e, inclusive, con casos internacionales seguramente arrojará interpretaciones más comprensibles y significativas.

Paralelamente, este tipo de interacción genera una dinámica de epistemología del conocimiento propia, que parte de lo que Martínez conoce como *ontología sistémica*. De algún modo, la correlación de investigaciones, el análisis del entorno en el que viven los internos, el acercamiento a sus creencias y a sus valores, y la propia experiencia del investigador posibilitan la elaboración de un trabajo integral. Y allí reside su valor. Un valor que se fundamenta en la interpretación *in situ* y en el *conocimiento tácito*.

En consecuencia, para que este proceso de conocimiento tácito cobre vida también es esencial un último postulado, que en muchas otras investigaciones suele dejarse a un lado: *el metalenguaje*. Porque más allá de la comunicación formal, los gestos, las muecas, el interés, y la entonación, entre otros, tienen un alto valor significativo para el investigador que se guíe por este paradigma. El metalenguaje puede ser, incluso, mucho más simbólico que el mensaje verbal.

En definitiva, por todas estas razones, el paradigma de esta investigación es el constructivista. A través de sus postulados será posible acercarse a una realidad que puede resultar dura, pero en la que se desarrolla una subcultura con normas y con un significado distinto de la vida.

Tipo de investigación

En el oficio del periodista no existen verdades absolutas. Todo depende del ángulo, de los géneros, del tema, del proceso, pero sobre todo del mismo periodista.

Por ello, es inevitable desligar el tipo de investigación de este Trabajo de Grado con el paradigma del cual parte: el *constructivista*, capaz de acentuar la idea, como afirma Miguel Martínez Miguélez en *La Etnometodología y el Interaccionismo Simbólico*, de que la realidad es “algo construido, producido y vivido por sus miembros” (p.2).

Así, gracias al paradigma constructivista es posible elaborar para este Trabajo de Grado una práctica de *investigación periodística* que deja a un lado los estudios monográficos y documentales, y las investigaciones de control y explicación de procesos, para interpretar fenómenos. Como afirma Martínez Miguélez: “Todo es interpretación. Nada habla por sí mismo” (p.3).

La investigación periodística se centra en el qué, en el cómo y en el por qué de las cosas pero a través de diferentes lentes: los protagonistas, las cifras reveladoras, las investigaciones previas, las entrevistas, las descripciones, las declaraciones recientes. Es un tipo de investigación en el cual la interdependencia de distintos géneros y técnicas son esenciales. Es, en definitiva, un modelo de investigación híbrido.

En él, todos los géneros, o casi todos, son posibles, mejor dicho, indispensables. Con la crónica, *la inmersión es total*, como diría Norman Simms. Permite captar, en este caso, cómo viven las personas privadas de libertad, especialmente quienes están infectados con VIH en las cárceles venezolanas; qué comen, qué aspiran, cómo duermen, cuál es el ambiente que los rodea.

La crónica, asegura María Teresa Ronderos en *Cómo hacer periodismo*, permite contar una historia como se cuenta una película: con escenas, personajes y escenarios que incentivan a los lectores a reconstruir la misma historia, una segunda vez, mucho más completa.

“[La crónica] es meterse a fondo en lo que se va a relatar. Conocer las reacciones de los personajes, meterse en su piel, en su intimidad para poder escribir desde sus mentes y sensaciones. (Ronderos *et al.* 2004, pp.162-170).

Con la crónica, van de la mano, la noticia y el reportaje. Uno, la noticia, existe para contar el ya, el ahora; el qué sucede hoy con los internos que tienen VIH, cuántos son, de dónde son. El otro, el reportaje, género híbrido *per se*, apunta a la reflexión de los lectores.

La entrevista, cómo técnica, tampoco se queda atrás. Facilita el proceso de investigación e inmersión, y permite llegar, cuando el periodista se lo propone, a los espacios más íntimos de los personajes. Es, cuando se plantea de este modo, una invasión. En palabras de Nelson Hippolyte Ortega en *Para desnudarte mejor* (1993): “La entrevista es un acto sexual, caminar el ser de otra persona, traspasar sus zonas claras y oscuras, descubrir sus máscaras y dejar que ese personaje «represente» su vida” (p.11)

De nada sirve contar todo, relatar, atrapar la voz de los protagonistas y, además, establecer de antemano un juicio. ¿Qué le dejamos al lector en esos casos? Nada, absolutamente nada.

La verdadera investigación periodística expone, saca a luz cosas, procesos, historias, cuentos, verdades, mentiras con un fin: hacer pensar al lector. Porque la verdadera investigación periodística, deslumbra, sobre todo, con las grandes tragedias humanas. Porque sólo así podemos llegar a comprender el horror en el que el hombre está sumergido, en este caso, el que vive con VIH y tras las rejas.

Como diría Rainer María Rilke: “La belleza no es nada, sino el principio de lo terrible, lo que somos capaces apenas de soportar, lo que sólo admiramos porque serenamente desdeña destrozarnos” (primera elegía en *Elegías de Duino*, 1992).

Modalidad y género

Este Trabajo de Grado se inscribe en la modalidad de *periodismo de investigación*, pues es la vía idónea para acercarse a interpretar hechos sociales que aún no han sido estudiados, generalmente por la incidencia que podrían generar en algunos grupos de poder.

En palabras de Gerardo Reyes (1999) en *Periodismo de Investigación*: “El periodismo de investigación consiste en la reportería que se realiza a través de la iniciativa y del trabajo del periodista, sobre asuntos de importancia que algunas personas y organizaciones desean mantener en secreto” (p.12).

El periodismo de investigación, como asegura Roger Atwood, se distingue del periodismo en profundidad, del de denuncia y del de explicación por tres factores básicos: *la revelación de algo oculto, la relevancia para el público y la iniciativa propia del periodista*.

Para que un reportaje sea producto del periodismo de investigación tiene que poner a la luz, algún hecho o fenómeno cuya revelación va en contra de los intereses de alguna persona o institución (...), que implica un conflicto de intereses y un abuso a la fe pública (...) y que se basa en el trabajo del periodista, de sus averiguaciones, a través de entrevistas, observaciones y revisiones de la documentación pertinente (Atwood, 2004, pp.124-126).

Sea cual sea la razón que esté detrás, en Venezuela el Gobierno no hace públicas las cifras sobre el número de internos que viven con VIH. Más aún, se desconocen sus condiciones, su modo de vida.

En palabras más claras, una nota sobre el número de personas privadas de libertad que han fallecido durante una década, o un año, puede ser un ejemplo de un trabajo elaborado bajo las premisas del periodismo de investigación. Pero esta nota podría ser la excusa perfecta para el desarrollo de un completo trabajo de investigación periodística. Porque detrás de las cifras, están las historias de vida de esos ciudadanos, están las autoridades responsables, están los factores sociales que participan en el juego, está la sociedad civil organizada. Revelar, en todo caso, se convierte en el *leitmotiv* del periodismo de investigación.

Y esto es lo que este trabajo de investigación aspira a realizar: revelar cómo se infectan y cómo viven los internos con VIH/SIDA, qué han hecho las autoridades competentes para prestarles atención médica especializada, de qué modo participa la sociedad.

Consecuentemente, y debido a la profundidad que requiere esta investigación, es necesario enmarcarla dentro del género del *reportaje* y, específicamente, dentro del género *interpretativo*. Para Benavides y Quintero en *Escribir en prensa* (2004) el reportaje es:

Un género periodístico *interpretativo* que aborda el porqué y el cómo de un asunto, acontecimiento o fenómeno de interés general con el propósito de situarlo en un contexto simbólico-social amplio, brindándole al lector de un modo instructivo y ameno antecedentes, comparaciones y consecuencias relevantes que lo ayuden a entenderlo (p.223).

El reportaje bajo el género interpretativo busca, como asegura Ulibarri en *Idea y Vida del reportaje* (1999), “lo que otros no han dicho” (p.34). Por esta razón, es un género complejo: arropa diversas formas periodísticas para tratar de aproximarse a un tema complicado, oscuro, difícil.

“[Con el reportaje interpretativo] es posible recuperar los elementos esenciales de realidades complejas y múltiples, que no lograremos desentrañar mediante la yuxtaposición de noticias” (Ulibarri, 1999, p.31).

En general, este tipo de reportajes ofrece un abanico de múltiples posibilidades. En él conviven la crónica, la noticia, la investigación, la entrevista. Todas al servicio de la interpretación. Y todas al servicio de la comprensión del entorno.

Establece antecedentes, relaciona situaciones con personas y a éstos entre sí, persigue explicar o exponer consecuencias y causas; utiliza recursos literarios y un lenguaje comprensivo, propios del periodismo; recurre a múltiples fuentes, vivas y documentales, para contrastar y ofrecer las historias que más se aproximan a la verdad.

Y todo es posible porque el género interpretativo, bajo la forma de reportaje, parte de un planteamiento, una hipótesis clara que guía la investigación, que permite, en este Trabajo de Grado, describir cómo viven los internos de las cárceles venezolanas que están infectados con SIDA.

El VIH es una pandemia global que azota sin distingo de clases ni edades. Las cárceles venezolanas no están fuera del radio de acción de la enfermedad. Su temprana detección o mejor aun su prevención, lo más cercano posible a una cura mientras no se descubra su antídoto, chocan con dos grandes dificultades: la imprecisión de la data que manejan los gobiernos de países como Venezuela para determinar cuántos internos están infectados y la indisposición de los propios internos para someterse a pesquisas de VIH.

Por ende, este reportaje de investigación pretende exponer y describir esta situación a partir de la siguiente hipótesis:

El desconocimiento del número de personas privadas de libertad en Venezuela que tienen VIH/SIDA se debe tanto a la ausencia sistemática de políticas gubernamentales como a la indisposición, consecuencia de la falta de educación sexual, de los propios internos para participar voluntariamente en pesquisas del virus.

Público meta

Este reportaje de investigación sobre las condiciones de vida de los internos de VIH/SIDA está dirigido a todo público, pero especialmente, a los jóvenes.

Una nota publicada en junio de 2008 en *El País* de España explica, claramente, por qué justamente a los jóvenes debe ir dirigido este Trabajo de Grado. El consejero de Sanidad y el coordinador del Plan Vasco contra el Sida alertó a la población de su nación: las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han aumentado en los que va de este decenio.

Por ejemplo, la sífilis, una enfermedad prácticamente erradicada y de la que no se tenía noticias apenas en las consultas de los especialistas en los últimos años, ha reaparecido con mucha fuerza. Entre 2003 y 2007, los diagnósticos en las consultas se han multiplicado por 16 con relación al quinquenio anterior (Azumendi, http://www.elpais.com/articulo/pais/vasco/perdida/miedo/sida/aumenta/contagio/abandonar/sexo/seguero/elpepiesp/pvs/20080610elpvas_18/Tes/)

En Venezuela, el estudio titulado *Conducta sexual y uso del condón en hombres de Caracas*, elaborado por el psicólogo e investigador Leoncio Barrios este año, también expone cifras impactantes: 63% de las personas infectadas por SIDA en el país son hombres. De ellos, 97% se han infectado por vía sexual.

De ambos informes se llega a una conclusión: a pesar de los avances, del esfuerzo de muchos Estados, de diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG); de la información sobre ITS y prevención que manejan muchos jóvenes, la epidemia del SIDA aún está presente, casi treinta años después de los primeros casos diagnosticados.

Por esta razón, es indispensable llevar esta historia, la historia de las personas privadas de libertad que viven con VIH, no sólo para demostrar cuán alarmante son sus condiciones de salud y de vida dentro de los penales venezolanos, sino también para incentivar a los jóvenes a reflexionar sobre una de las epidemias más devastadoras de la humanidad.

Ficha técnica sobre la investigación

Métodos de investigación

Este Trabajo de Grado, en correspondencia con el paradigma y el tipo de investigación previamente explicados, cuenta con dos herramientas clave para la recolección de datos: la *observación participante* y la *entrevista en profundidad*.

Bogdan y Taylor (1996), en su libro *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, definen la observación participante como aquella “investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes (...) durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (p.31).

Para este tipo de método cualitativo, no sólo es necesaria la cautela y la ausencia de juicios *a priori*; es indispensable *el rapport*, la meta de todo investigador de campo.

El *rapport* no es un concepto con una única definición; significa muchas cosas: es la simpatía que se desarrolla entre el periodista y los protagonistas de su historia, es la permeabilidad que permite la manifestación de sentimientos y momentos de

honestidad por parte de los informantes; es la irrupción no intrusiva en el mundo que se quiere conocer.

Más allá de la investigación documental y de la revisión hemerográfica sobre el número de personas que están detrás de las rejas y que están infectadas con VIH, para este Trabajo de Grado fue posible adentrarse en los muros de tres prisiones venezolanas para conocer, *in situ*, cuáles son las condiciones de vida.

Para ello, no sólo fue necesaria la colaboración de personas ligadas al medio penitenciario; fue clave la interacción con los internos, especialmente, con los que viven con VIH.

El proceso fue lento y complejo. Primero, porque acceder sin restricciones a los centros penitenciarios del país es difícil: los Guardias Nacionales que custodian las puertas externas en más de una ocasión revisaban dos y tres veces documentos firmados, incluso, por el Director General de Custodia y Rehabilitación del Recluso, Ismel Serrano.

En segundo lugar, el establecimiento del *rapport*, en algunos casos, se dificultó. Con los internos no infectados con el virus, las conversaciones fluyeron favorablemente. Muchos de ellos, como *Carapacho de la Cota*, un ex interno del retén de La Planta, querían relatar sus historias personales. Tenían la necesidad de ser escuchados, a pesar de que querían mantener en resguardo su identidad.

Sin embargo, tratar de desarrollar lazos de confianza con personas privadas de libertad e infectadas con VIH fue un trabajo duro: algunos no estaban seguros de contar su historia por temor a morir, incluso, después de establecer el *rapport*, no quisieron revelar sus nombres. El anonimato y la palabra final de los personajes de esta investigación periodística fueron técnicas clave para consolidar la confianza y darles seguridad a los entrevistados.

Después de este largo proceso de confianza, que en algunos casos duró más de un mes, la *entrevista en profundidad*, como técnica, facilitó la recopilación de datos para este reportaje.

Bogdan y Taylor (1996) consideran que las entrevistas en profundidad:

[Son los] reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (p.101).

Con Carlos Luis Maldonado, con Walter Usechi y con Ramón Lugo, todos internos y con VIH, este tipo de conversación se desarrollo, poco a poco. En muchas oportunidades, por vía telefónica. Cuando las entrevistas fueron cara-cara, el proceso de aproximación hacia sus respectivas historias de vida nutrió significativamente este trabajo: se podían observar gestos, muecas, señas. El metalenguaje fue, sin duda alguna, primordial.

Este proceso de inmersión, a través de estas técnicas de investigación cualitativa, tiene sus riesgos: es posible que la vinculación entre el periodista y los informantes o protagonistas sea tal que el investigador se confunda y se incluya dentro del trabajo final.

Para evitar este tipo de peligro, se hizo indispensable consultar fuentes múltiples: funcionarios del Ministerio de Justicia, del Ministerio de Salud; familiares, miembros de ONG's. El contraste y la verificación son fundamentales para darle veracidad a los trabajos periodísticos

Mapa de actores

Fuente	Tipo	Razón
José Argenis Sánchez	Presidente de la Congregación Cristiana “Liberados en marcha”	Grupo religioso de ex privados de libertad
José Luis Martínez	Miembro Congregación Cristiana “Liberados en marcha”	Grupo religioso de ex privados de libertad
Jarles Chávez alias “Radamés”	Miembro Congregación Cristiana “Liberados en marcha”	Grupo religioso de ex privados de libertad
Cheo Chávez	Ex presidiario	Dirige el negocio de la prostitución femenina en el I.J. Rodeo I
Juan Pablo Livinalli	Abogado	Experto en materia penal
Ángela Posada	Coordinadora Adjunta al Programa de Extensión Penitenciaria de la UCV	Realizó un trabajo de investigación sobre las ITS en varios penales del país
Mauricio Gutiérrez	Coordinación de Prevención de la Asociación Civil Acción Solidaria (ACSOL)	Ha trabajado con PPL y con internos infectados con el VIH.
Sandra Hernández	Presidenta de la Fundación Freedom	Presta asistencia familiar a PPL extranjeras.
Ernesto Alayo	Médico Infectólogo del Hospital Universitario de Caracas	Experto en infecciones producidas por el VIH
Ana Tovar	Educador y coordinadora de la Fundación Casa de Los Girasoles	Defensora de los DDHH de las personas que viven con VIH. Trabaja con el MIJ en la coordinación de talleres.
Roberto Mosquera	Coordinador de Salud Integral de la Dirección de Servicios el Interno	Encargado de coordinar los planes de salud para las PPL
Zulay Arellano	Enfermera de la Coordinación de Salud de la Dirección de Servicios al Interno	Tiene más de cinco años de experiencia en centros penitenciarios
Edith Cabrera	Odontóloga de la Coordinación de Salud de la Dirección de Servicios al Interno	Encargada de coordinar el servicio odontológico de los penales del país
Carmelo Romero	Coordinador de la Brigada Cristiana de Auxilio “Comunicaciones y Emergencias” (afiliada a Protección Civil)	Docente de Primeros Auxilios en el I.J. Los Teques. Tienen 22 meses de prestación de atención médica voluntaria en ese penal

Fuente	Tipo	Razón
Luz Jaimes	Médico sexólogo	Asesora y experta en comportamiento sexual
Carlos Quijada	Médico sexólogo miembro del Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela	Asesor y experto en comportamiento sexual
Carla Rondón	Trabajadora Social del Programa Nacional de VIH/SIDA	Encargada gubernamental de las políticas de prevención y atención médica sobre el SIDA
Mauro Bracho	Director de Servicios al Interno del MIJ	Encargado gubernamental de coordinar todos los servicios de las PPL: salud, educación, deporte.
Alexander Salcedo alias “ <i>Carapacho de la Cota 905</i> ”	Ex presidiario	Testimonio de su estadía en La Planta
Pablo Cerezo	Sociólogo y funcionario del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas	Experto en violencia penitenciaria
Jenny Zúñiga	Socióloga de la Universidad Católica Andrés Bello	Experta en pobreza
Carolyn Redondo	Ex presidenta de la Sociedad de Infectología de Venezuela	Experto en infecciones producidas por el VIH. Coordina el portal informativo de la sociedad
Hugo Ruiz	Miembro Congregación Cristiana “Liberados en marcha”	Grupo religioso de ex privados de libertad
Willie Gouveia	Guardia Nacional	Trabajó en el I.J de Trujillo
Pedro Rondón	Presidente de la Asociación de Penitenciaristas de Venezuela	Abogado experto en materia penitenciaria
Yveck Martínez	Docente del I. J. Los Teques	Trabaja con más de 100 internos dentro de ese penal
Isabel González	Directora del Instituto Nacional de Orientación Femenina (INOF)	Trabaja con internas desde hace más de un año. Fuentes del MIJ aseguran que será la próxima directora del I.J Los Teques.
Iraida Sánchez	Pediatra del Hospital General de Guatire	Lleva el control del número de niños y madres con VIH
Carlos Rivas	Psicólogo	Experto en comportamiento sexual del venezolano

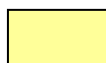
Fuente	Tipo	Razón
Isabel Guanay	Funcionaria del MIJ en Tocarón	Trabajó 6 meses en el I. J. Los Teques como Jefe de Personal
Ibrahim Cordero	Docente y promotor de educación sexual, ITS y VIH/SIDA	Ha dictado charlas en el INOF y en los I.J. Rodeo y Rodeo II
Yusbeli de Chávez	Miembro Congregación Cristiana “Liberados en marcha”	Esposa de Jarles Chávez y cuñada de Cheo Chávez, ambos ex internos
Ana Rondón	Enfermera voluntaria que trabaja en el I.J Los Teques	Tiene más de un año atendiendo a los internos de ese penal con el apoyo de Carmelo Romero
Algebis Hernández alias “Pipo”	Coordinación del Programa de Reinserción del Dpto de Atención al Soberano (Alcaldía Mayor)	Presta apoyo deportivo y cultural a los internos de la La Planta.
Eduardo ¹	Interno del I.J. Los Teques	Traductor de Michell, interno con VIH/SIDA
Mariana Usechi	Hija de Walter Usechi	
Walter Usechi	Hombre privado de libertad	Interno que vive con VIH en el I.J Rodeo I
Carlos Luis Maldonado	Hombre privado de libertad	Interno que vivió con VIH en el I.J Rodeo I
Michell Brown	Hombre privado de libertad	Extranjero privado de libertad e infectado con VIH detrás del I.J Los Teques
Pedro Manuel Goncalves	Hombre privado de libertad	Extranjero privado de libertad e infectado con VIH detrás del I.J Los Teques
Ramón Lugo	Hombre privado de libertad	Interno que vive con VIH en el I.J Los Teques
Rosa María Camacaro	Madre de Carlos Luis Maldonado	
Reinaldo García Bravo	Diputado de la Comisión de Derechos Humanos	Abogado y defensor gubernamental de los DDHH ante la Asamblea
Feliciano Reyna	Director de Acción Solidaria	Defensor de los DDHH de las personas que viven con VIH
Humberto Prado	Coordinador del Observatorio Venezolano de Prisiones (OVP)	Defensor de los DDHH de las PPL

¹ Decidió no dar su apellido para resguardar su seguridad personal.

Fuente	Tipo	Razón
Roger Pérez	Paramédico de FUNBAP	Paramédico que trabaja en todos los penales del estado Miranda
Miguel Alfonzo	Médico Infectólogo del Hospital José María Vargas	Docente e investigador de la Cátedra de Infectología de la Escuela de Medicina José María Vargas
Elio Gómez Grillo	Criminólogo y Fundador del Instituto Universitario de Estudios Penitenciarios	Experto en materia penitenciaria
Leoncio Barrios	Ex coordinador del Programa Nacional de VIH/SIDA y asesor de ONUSIDA en Venezuela	Docente experto y asesor sobre el tema VIH/SIDA
Daisy Matos	Coordinadora del Programa Nacional de VIH/SIDA	Encargada gubernamental de las políticas de prevención y atención médica sobre el SIDA
Reyna Rodríguez	Sub Coordinadora del Programa Nacional de VIH/SIDA	Encargada gubernamental de las políticas de prevención y atención médica sobre el SIDA
Mario Comegna	Médico Infectólogo del Hospital José María Vargas	Experto en infecciones. Lleva el caso de un interno de La Planta que vive con VIH
Rubén Hernández	Presidente de la Sociedad Venezolana de Sexología	Experto en comportamiento sexual
Rómulo Aponte	Médico sexólogo	Experto en comportamiento sexual
Ismel Serrano	Director General de Custodia y Rehabilitación al Recluso	Máximo representante gubernamental encargado de todos los centros penitenciarios del país



Fuentes vivas consultadas personalmente



Fuentes consultadas por vía telefónica o correo electrónico



Fuentes que decidieron no facilitar información

Delimitación

El espacio temporal de la investigación abarcó el período que va desde el 15 de junio de 2007, fechas de las primeras consultas bibliográficas, hasta finales de julio de 2008, fecha de la última visita al Internado Judicial de Los Teques.

El trabajo de campo se delimitó sólo a tres centros penitenciarios de la Región Capital (Internado Judicial Rodeo I, Internado Judicial Rodeo II e Internado Judicial Los Teques) por razones de factibilidad y viabilidad: los tres penales están ubicados en las cercanías de la capital y en los tres penales fue posible planificar la organización de las visitas y de las entrevistas pertinentes.

Comenzó en el Internado Judicial Rodeo II, el 13 de diciembre de 2007, día del bautizo de cristianos de la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha”. Pero allí el proceso para el establecimiento del *rapport* presentó dificultades. Después de tres visitas de más de cinco horas, no se pudieron conocer casos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En el Rodeo I, la compenetración con internos resultó exitosa, especialmente, con hombres infectados con VIH y con ex presidiarios de ese penal.

Consecuentemente, Roberto Mosquera, Coordinador de Salud de la Dirección de Servicios al Interno del Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia, aseguró en una entrevista personal que en el retén de Los Teques existía un número considerable de internos que vivían con VIH que estaban dispuestos a contar su historia. Por esta razón, en este penal el conocimiento de casos también fue exitoso.

Limitaciones y logros

Este trabajo de investigación no sólo se caracterizó por tratar un tema duro y desconocido para muchos; generó una serie de limitaciones desde el principio.

Documentalmente, no fue posible obtener cifras precisas sobre el número de personas que viven con VIH en el país, y ni siquiera se logró conseguir una entrevista personal con la directora del Programa Nacional de VIH/SIDA, Daisy Matos. La mejor información oficial disponible se obtuvo de una nota de salud del diario *El Nacional*, publicada el 1° de diciembre de 2006. Allí, Matos asegura que el número gira alrededor 63.000 personas infectadas, desde que se diagnosticó el primer caso en Venezuela. De esta cifra, es imposible deducir cuántos están detrás de las rejas.

Roberto Mosquera, Coordinador de Salud de la Dirección de Servicios al Interno, aseguró que ni siquiera el perfil epidemiológico del virus dentro de los penales se conoce.

Tampoco se obtuvieron las estadísticas oficiales confiables del número total de heridos y fallecidos durante este año dentro de todos los centros penitenciarios del país. Ismel Serrano, Director General de Custodia y Rehabilitación del Recluso del Ministerio de Justicia, tampoco concedió la entrevista solicitada a través del canal regular e institucional.

Durante las primeras jornadas en el I.J Rodeo I y en el I.J Rodeo II, miembros de la Guardia Nacional dificultaron la ejecución de las actividades. Además de revisar con excesiva precisión los requisitos regulares (cédula de identidad plastificada, indumentaria adecuada y permiso emitido por la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso del MIJ); también prohibían la entrada de material indispensable para la realización de las jornadas médicas (algodón, antibióticos genéricos y analgésicos, todos con permiso del MIJ).

Desde principios de marzo y hasta principios de mayo, los internos de 15 penales del país desataron una huelga general por retardos procesales. Durante este tiempo, fue imposible acceder al Rodeo I y Rodeo II, centros en los cuales comenzó el trabajo de campo.

Tampoco fue sencillo conseguir trabajos de investigación previos que trataran el tema del VIH en las cárceles, ni dentro, ni fuera del país. El apoyo documental ofrecido por Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI) fue esencial para sustentar este trabajo. De otros países sólo se logró recopilar información muy general y con datos pocos precisos. Sólo una de ellas, una tesis doctoral de Leila Strazza (Brasil), se acercó a este modelo de investigación.

Y dentro de todas las limitaciones, una en particular dificultó, desde el principio, el trabajo de campo: la localización de perfiles de internos infectados con el virus. Fue difícil porque los médicos que aseguraron manejar casos no estaban dispuestos a revelar los nombres por principios éticos. Fue difícil tratar de conseguir algún caso a través del MIJ. Pero, a pesar de los contratiempos, con el apoyo de algunas ONG, cinco personas privadas de libertad y con VIH fueron capaces de contar su historia para este reportaje de investigación.

Sin embargo, y a pesar de todas las dificultades, cuatro logros merecen especial atención:

1. *Oportunidad de trabajar con el plan del Ministerio de Justicia:* gracias a la gestión de Sandra Hernández, presidenta de la Fundación Freedom, fue posible participar activamente en el primer “Programa Nacional de VIH/TB en el Medio Penitenciario”, organizado a principios de junio de este año.

A través de este programa no sólo fue posible conocer la historia de tres personas más que viven con VIH y están detrás de las rejas; fue posible recopilar material

fotográfico, realizar entrevistas con grabador y tomar notas. Pero sobre todo fue posible conocer en vivo y directo el plan de trabajo que ejecuta el MIJ junto con el gabinete de Salud.

2. *Conocimiento de casos de internos capaces de incentivar la reinserción social:* gracias al trabajo que desarrolla la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha” fue posible percibir el cambio de un grupo de ex privados de libertad que hoy día marca pauta dentro de una de las comunidades más pobres de Guatire, en el Municipio Zamora.

3. *Conocimiento de casos en vivo y directo de internos infectados con el virus:* tanto en el Rodeo I como en el I.J Los Teques fue posible conocer casos particulares de privados de libertad, venezolanos y no venezolanos, que viven con VIH. Y no sólo eso. En algunos de los casos, en los que fue posible, la historia de vida de estos perfiles se complementó con el testimonio de sus familiares.

4. *Oportunidad de conocer a ONG asociadas a la lucha contra el SIDA:* antes y durante el trabajo de campo en conjunto con el MIJ fue posible y favorable conocer el trabajo desempeñado por más de cinco organizaciones, casi invisibles ante las ONG más reconocidas en el país.

III. DESARROLLO

RETRATO DE SOMBRAS: VIVIR CON VIH-SIDA EN LAS CÁRCELES VENEZOLANAS

Reportaje de investigación sobre las condiciones de vida de las personas privadas
de libertad infectadas con VIH-SIDA

CAPÍTULO I: Castigos malditos

Bienvenidos al Monstruo de Cemento, que se alimenta de carne y sangre humana

Slogan de bienvenida del Rodeo I y II

En la pared más cercana a la ventana, repleta de fotografías de mujeres desnudas y de algunos jugadores de béisbol, resaltaba una imagen: una doña vestida con falda de flores, de cabello muy rizado y ojos achinados le hacía compañía a Carlos Luis.

²

Esa tarde calurosa de abril, *el perrero*, como era conocido en el Internado Judicial Rodeo I, no estaba de humor. El cansancio lo agobiaba y el dolor de garganta no lo dejaba en paz. Esa tarde no quiso jugar dominó. Se escabulló y decidió irse a descansar en su colchoneta. “Seguro fue el cojeculo³ de ayer con los chamos; seguro eso es”.

Intentó dormir pero no dejaba de sudar, y fue allí cuando su mirada se instaló en la imagen imponente de la doña de flores, su madre. Se quedó un rato observando con detalle el cuchitril en el que dormía, comía y tenía relaciones sexuales.

La aparente tranquilidad sólo duraría media hora. *El Mikiti*, *Said* y *Josefo* lo fueron a buscar. El equipo de “Los Tigres”, invictos en partidas de dominó, no era lo mismo sin él. “No pude decirles que no, porque hasta prometieron regalarme un par de porros⁴”, recuerda.

El perrero estaba cansado. La tarde anterior, último domingo del mes de marzo de 2005, fue día de visita de los niños en el penal, y se había encargado de dirigir la

² El nombre utilizado es ficticio por razones de protección a la integridad física del ciudadano

³ Sinónimo de desorden

⁴ Sinónimo de marihuana

orquesta que elaboraba los perrocalientes. “El trabajo era fácil pero duro. Teníamos que hacer más de 200 *asquerositos*, como le decimos aquí”, comenta.

Antes de que llegara Carlos Luis —desde mediados de 1997—, en el Rodeo I imperaba una guerra silenciosa entre bandas: *El Tren del Sur*, *Los Macacos* y *Los Cazafantasmas*. Los dos primeros, rivalizaban en la Torre Principal, ubicada al final del penal; y el último grupo dominaba el Anexo, antes parte de la sede administrativa. La bandera de la lucha era el control y el tráfico de drogas y de armas. Pero quienes pertenecían a cualquiera de los dos bandos debían pagar una cuota semanal de dinero, llamada *causa*. “Generalmente —recuerda—, pagábamos 15 mil bolos; a veces un poco más. Cuando venían los chamos, los domingos, hacíamos una gran vaca: comprábamos comida, dulces, chucherías, piñatas. Hasta llegamos a tener una piscina grandísima de plástico”.

Pero ese día caluroso de principios de abril, ni la partida de dominó, ni los porros le apaciguaron el dolor corporal a Carlos Luis. Sudaba y sudaba y sus amigos se burlaban de él. “Ay, papá, tú lo que tienes es esa vaina que le pasa a las jevas⁵ cuando se les va la regla...”

*

El Internado Judicial de la Región Capital Rodeo I está localizado en el estado Miranda, al norte de Venezuela. Está capacitado para albergar a 750 hombres, pero hoy viven 1.850 personas tras sus rejas, según cifras del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia (MIJ).

Mauro Bracho, director de Servicios al Interno de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso del MIJ, asegura que en el Rodeo I no existe aglomeración humana, a pesar de que la cifra de internos duplica la capacidad del lugar. “Técnicamente, no tenemos hacinamiento. De hecho, hay

⁵ Jeva es sinónimo de mujer.

áreas del penal que están vacías. Lo que sucede es que quienes mandan deciden qué se hace con esos espacios. Es cuestión de poder”, explica.

Ni Elio Gómez Grillo, destacado experto penitenciario venezolano, ni una fuente de la misma Dirección de Custodia y Rehabilitación que pidió mantener en resguardo su nombre, creen que el exceso de internos sea un problema técnico.

Gómez Grillo, abogado, criminólogo, fundador y ex director del Instituto Universitario de Estudios Penitenciarios ha asegurado en reiteradas oportunidades que la elevadísima población reclusa en las cárceles supera el espacio determinado para albergar a quienes infringen las leyes venezolanas. Para mediados de la década de los ochenta, Gómez Grillo aseguraba que el hacinamiento era el principal problema de las cárceles del país y calculaba que el número de detenidos duplicaba la capacidad física de los penales. “Existe, un hacinamiento de tal magnitud que donde están veinte y tres mil y tantos hombres caben unos doce mil, es decir, menos de la mitad” (*Las penas y las cárceles*, 1988, p. 20).

Hoy día, las cifras oficiales se desconocen. “Sí las tenemos, pero no podemos darlas. Para eso necesitamos autorización del director de Custodia y Rehabilitación”, cuenta la fuente oficial que pidió no ser identificada. Mientras, las estadísticas que se manejan públicamente son las que ofrece el Observatorio Venezolano de Prisiones (OVP).

Según esta Organización No Gubernamental (ONG), hasta finales de 2007, la población reclusa era de 21.201 personas, de un total de 27.341.443 millones de habitantes, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

“Las cifras sobre el número de internos en todo el país que publicó el Observatorio se acercan a las estadísticas que nosotros manejamos. Por eso creo que eso de que «técnicamente no existe hacinamiento», es falso. Creo que el

Licenciado Mauro debería definir qué entiende él por hacinamiento. Porque sí hay”, explicó la fuente oficial que prefirió mantener reservada su identidad.

De acuerdo con el OVP y al Informe de la *Situación Carcelaria Venezolana*, en 2007 el Rodeo I ocupó el puesto número 7 en la lista de los 10 penales más peligrosos por hechos violentos y la décima posición en el *ranking* de centros penitenciarios más peligrosos por fallecidos: el año pasado, detrás de las paredes del “Monstruo de Cemento” hubo 24 muertos y 81 heridos.

Pero las cifras suelen ser frías. El llamado “Monstruo de Cemento” es, en palabras de José Argenis Sánchez, mejor conocido como *Chagenis*, “una fábrica de delincuentes... Un ambiente extraño se siente dentro del Rodeo I, porque aunque exista gente con voluntad de convertirse en buen ciudadano, las condiciones te amenazan en cualquier momento”. Como asegura Ángela Posada en el libro *Las cárceles... una visión* (2004): “Este mundo constituye una atmósfera cerrada que penetra todo espacio físico y psicológico del centro penitenciario, con escasos lugares de evasión personal (p.21).

Chagenis, es cristiano y pastor de la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha”, ubicada en Guatire, estado Miranda. A simple vista, con su sonrisa impecablemente blanca, pareciera ser un hombre trabajador, muy parlanchín y buen vecino, pero para su familia no es de fiar: es un asesino. Antes de cumplir los 18 años, era líder de una banda en el sector 24 de julio de Petare. “Con mis amigos de aquella época planificábamos asaltos de los buenos... Hasta que un día, asesiné”.

La Comisión de Homicidios del Ministerio del Poder Popular para las Relaciones de Interiores y Justicia (MIJ) no tardó en declararlo culpable: pagaría una pena de 25 años por robo a mano armada y homicidio calificado.

“Pasé por el Retén Judicial de Los Flores de Catia, por la Planta. De la Planta me mandaron castigado para San Juan de Los Morros, y de San Juan de Los Morros pasé para el Internado Judicial Rodeo I”. Sin embargo, su buen comportamiento le redujo la pena a nueve años.

Salió del encierro en 2003, pero en su última estación, en el “Monstruo de Cemento”, fue líder cristiano. De su pena en el Rodeo I, recuerda con tristeza cómo eran las instalaciones. “El comedor era lo único que funcionaba, y relativamente. Tenía tres almacenes, cada uno con un bombillo de pocos vatios. El agua fallaba con frecuencia, pero un grupo de hermanos procuraba mantener el lugar limpio. Los baños eran un desastre porque eran las guaridas de las armas. En los desagües, los presos acumulaban una montaña como de 50 centímetros de pupú cada cierto tiempo. Así, si la Guardia Nacional realizaba una requisa, las armas y la mercancía tenían un lugar seguro. ¿Quién carrizo se iba a meter en semejante lodazal de mierda?”

Mauro Bracho también asegura que la putrefacción de las letrinas y de las cloacas favorece la corrupción organizada por los líderes dentro del penal y cree que la falta de higiene forma parte de las normas de ciertas bandas. “En el Rodeo II, por ejemplo, la *Corte Negra* tiene como regla no bañarse porque consideran que la limpieza es de mujeres”.

Pese a que los baños hoy día no son las guaridas favoritas de las bandas, la suciedad impera, incluso, desde antes de pasar la cortina que los separa del pasillo. Impera, incluso, desde antes de pasar las puertas de los penales del país.

La basura se ha convertido en el perro fiel del venezolano: lo acompaña a donde quiera que vaya. Está en las aceras, en las entradas de viejas y modernas urbanizaciones, a la salida de tascas y bares, y de centros de trabajo. Representa el exagerado maquillaje de una sociedad que, aparentemente, se ha ido acostumbrando a vivir entre desperdicios.

Lamentablemente, ni los internos, ni los transeúntes venezolanos se salvan del desesperante aroma que generan las montañas de desechos sólidos que cubren muchísimas aceras de la ciudad capital y de localidades cercanas. “Es increíble cómo existe tanta gente que brinca bolsas y bolsas de basura y no dice nada. Yo aún estoy como asombrado desde que salí en libertad. De pana, creo que se fueron acostumbrando a vivir así”, cuenta Hugo Ruiz, ex presidiario y miembro de la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha”.

En Caracas, el problema de los desechos sólidos se agravó durante los últimos cuatro años. Para 2005, Caracas contaba, de acuerdo con un reportaje elaborado por el Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información (Minci) y titulado *La basura: un problema capital*, con una población superior a los 3 millones 700 mil habitantes que producían diariamente 2.305 toneladas de basura.

Actualmente, este índice gira entre 4.000 y 4.300 toneladas, y en fiestas navideñas puede alcanzar las 5.000, según fuentes que trabajan en el relleno sanitario La Bonanza, citadas en una nota del diario *El Nacional* a finales de 2007.

De todo, aparentemente, se ha hecho para disminuir estas altas cifras y cambiar la imagen de la capital: trueques de petróleo por planes de educativos londinenses sobre la eliminación de desechos; cambalache de basura por alimentos para evitar la contaminación de las quebradas con desperdicios; ordenanzas que sancionan con multas a quienes lanzan basura en horas y en lugares no permitidos; adquisición de enormes contenedores de recolección, algunos convertidos en fuente de alimento para las personas en situación de calle.

Pero las avenidas, los barrios y muchas urbanizaciones siguen iguales, y las cárceles son tan sólo una expresión exacerbada del problema, asociado a fallas de infraestructura. Si existe algo que caracteriza a centros de reclusión como el Rodeo I es el olor que impregna absolutamente todo el ambiente producto del exceso de desperdicios. Las canchas, pasando por la cocina, el anexo y los

pequeños *bungalow*⁶ están bañados por una mezcla de tantos olores que pareciera indescifrable hallar la pútrida fórmula: a veces huele a orine, a veces huele a excremento; otras veces a cigarrillo y marihuana. Y otras veces, a arepa frita con diablito⁷, una de las comidas más usuales dentro del penal. Nada, nada escapa al terrible olor.

Cómo describe Posada en *Las cárceles... una visión* (2004):

En general las instalaciones penitenciarias están deterioradas, no cumplen las condiciones sanitarias mínimas; existe insuficiencia de agua, baños rotos, sumideros atascados, peligrosas marañas de cables eléctricos, paredes a punto de desmoronarse, pasillos interiores sin luz (...). Debido a la escasez de espacio, es habitual que duerman dos o tres en la misma cama o incluso en el pasillo (pp.25-26).

Roberto Mosquera, encargado de la coordinación de Salud Integral de la Dirección de Servicios al Interno del MIJ, reconoce que en los penales, en especial, en los ubicados en la Región Capital, la falta de higiene es un problema que tiene más de una década. “En una ocasión fuimos al Rodeo I y II con una ballena⁸, porque no conseguimos otra forma para limpiar. Pero creo que de nada sirvió. En menos de un mes, en los alrededores de las torres había cerros de basura de todo tipo”.

Este año, el equipo dirigido por Mosquera organizó un plan de acción que incluirá, entre otros proyectos, el Programa de Saneamiento Ambiental. El objetivo es atacar tres problemas básicos: agua, excremento y basura. “Tenemos pensado durante los próximos dos años hacer un estudio microbiológico y cuantitativo de aguas blancas de todos los penales del país”, explica.

Mosquera cree que la conservación del espacio y la higiene dependen del compromiso y la corresponsabilidad de los propios internos. Por esta razón, la

⁶ Bungalow: describe las camas de las literas cubiertas con sabanas que simulan cortinas. Generalmente, se utilizan para la actividad sexual.

⁷ El *diablito* es un embutido de jamón que se come en muchos hogares venezolanos.

⁸ Ballena: vehículo pesado que expulsa agua con mucha presión.

coordinación de Salud Integral planificará la formación de cuadrillas. “La idea es sencilla. Educaremos a un grupo de presos para que se encarguen de promocionar la preservación ambiental del entorno. Porque es más fácil que entre ellos mismos y con sus mismos códigos se hagan conscientes de las consecuencias de vivir en esas condiciones de insalubridad”.

Condiciones como estas parecieran pasar por alto los convenios firmados por el Estado con organismos internacionales en materia de privación de libertad. De acuerdo con los artículos 12 y 13 de las *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*, aprobadas por la ONU en mayo de 1977, las letrinas y las duchas deberán ser adecuadas para que cada persona privada de libertad pueda cumplir con las reglas básicas de higiene personal.

La situación sanitaria del Rodeo I es sólo un eslabón de la cadena de problemas relacionados con la infraestructura y la vida carcelaria. Aparentemente, en el “Monstruo de Cemento” ya no existen áreas de trabajo, aun cuando la *Ley de Régimen Penitenciario*, modificada en junio de 2000, establece en los artículos 15 y 29 que el trabajo penitenciario es un derecho y un deber del Estado.

Del taller de carpintería, de la talabartería y de la lavandería sólo quedan escombros. Se han convertido en los lugares predilectos de gatos y perros que allí viven para hacer sus necesidades. Las rejas, oxidadas por el orine y el tiempo, son materia prima para los chuzos de quienes no tienen el dinero suficiente para comprar un arma. Las paredes están tatuadas con centenares de marcas de balas.

Sin embargo, Bracho no cree en las generalidades. Y aun cuando acepta que en la mayoría de los penales el trabajo penitenciario no se ejerce como se debería, ve con entusiasmo la labor de los internos de algunos centros de reclusión.

“En el Internado de Los Llanos, en Guanare, tenemos una excelente fábrica de pupitres, que trabaja para dotar a las escuelas y liceos públicos de la zona; en el

INOF (Instituto Nacional de Orientación Femenina) las mismas internas hacen sábanas, cojines y fabrican los trajes que usan las funcionarias del ministerio dentro de la institución. Y hasta la fecha contamos con 15 panaderías en 15 prisiones del país, dos de ellas ubicadas en el Rodeo I y en el Rodeo II”, explica.

Mediante el trabajo coordinado por el Instituto Autónomo Caja de Trabajo Penitenciario, adscrito al MIJ, 15 panaderías de 15 centros penitenciarios del país tienen la loable misión de preparar diversos productos derivados de la harina para el resto de los penales. Alexis Sosa, director de este organismo, aseguró en una nota de prensa publicada a finales de octubre de 2007, que la producción para esa fecha alcanzó 21 mil 317 panes diarios. Con este trabajo, los panaderos privados de libertad no sólo se convierten en responsables de la dieta de sus compañeros, también reciben una remuneración mensual mediante la caja penitenciaria y pueden, incluso, reducir la condena: por cada dos días de trabajo, se omite un día de la pena.

Para quienes ya casi podían gozar de su libertad, el sistema penitenciario venezolano contaba, hasta el año 2000, con 19 centros de trabajo comunitario⁹, destinados a albergar a 473 personas. Consecuentemente, de acuerdo con la Memoria y Cuenta de 1999 de MIJ, citada en el *Informe sobre la situación del VIH/SIDA y los derechos humanos de los privados en Venezuela* de Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI), para ese año sólo 3% de la población reclusa (650 personas) realizó actividades laborales en 10 penales.

Paralelamente, el mismo informe señalaba la existencia de un convenio (desde septiembre de 1999, hasta mayo de 2000) entre el ministerio y el Instituto Nacional de Capacitación y Educación Socialista (INCES) con el objetivo de

⁹ En estos centros viven los internos que han cumplido un tercio de su sentencia y se han beneficiado con la fórmula de “destino a establecimiento abierto”, lo que les permite trabajar y readaptarse paulatinamente

proporcionar cursos de formación profesional entre las PPL¹⁰ y, consecuentemente, fomentar la creación de microempresas. Para finales de mayo, el programa favoreció sólo a 1.115 reclusos.

Ya en 2008 existen 45 centros de trabajo comunitario en los cuales, según Bracho, las condiciones son más óptimas. “Esperamos construir 25 antes de que finalice el gobierno del presidente Chávez”. En 2007 el ministerio, en conjunto con el gabinete de Infraestructura, construyó dos casas laborales de este tipo, y en 2008 edificó cuatro más. En total, contamos con seis: el de San Juan de los Morros y el de Anzoátegui ya están listos. Aún esperamos festejar la construcción de estos centros en Táchira, Falcón, Lara y Monagas”.

Para Ángela Posada, coordinadora adjunta del Programa de Extensión Penitenciaria de la Universidad Central de Venezuela, estas “buenas iniciativas gubernamentales no son suficientes”. Posada y su equipo ya no acceden a los centros penitenciarios del país porque a finales de 2006 el MIJ no les renovó los permisos correspondientes. Pero del trabajo que dirigió extrajo una conclusión: en las dos últimas décadas la situación penitenciaria en Venezuela se ha agravado.

“La evidencia está de antejo¹¹. Faltan materiales adecuados, buenos baños, espacios para trabajar y centros de recreación cultural. En el Rodeo I, por ejemplo, ya no se escenifican obras de teatro como antes”. Para Posada, el deterioro físico de los establecimientos por falta de recursos ha hecho inhabitables los pabellones.

Ni Mauro Bracho, ni Roberto Mosquera lo niegan. Las condiciones en casi todas las cárceles venezolanas y, sobre todo, para quienes no tienen dinero suficiente, son infrahumanas. Paredes destruidas y repletas de telarañas de cables eléctrico, goteras protegidas por sabanas viejas y toallas, esquinas repletas de colillas de cigarro y de regordetas moscas verdes revoloteando por cual cabeza esté por su

¹⁰ PPL: Personas Privadas de Libertad

¹¹ Está de antejo es sinónimo de claridad

paso. En las mismas paredes pintarrajeadas, muchos ofrecen sus servicios: desde reparar “sapatos”, hasta calentar comida a 1 bolívar fuerte. En las escaleras, en las esquinas de los pasillos, en los pabellones y en donde haya algún espacio cómodo, se instalan algunos internos a fumar un cigarrito o un bachiller¹².

“Taparnos los ojos con una venda sería el peor error”, enfatiza Mosquera. Por esta razón, el 12 de julio de 2008 el presidente Chávez inauguró en el estado Falcón la primera Comunidad Penitenciaria de Coro, modelo de construcción de los nuevos recintos. De acuerdo con las declaraciones emitidas por el Ministro del Poder Popular de Relaciones Interiores y Justicia, Ramón Rodríguez Chacín, este año podrían abrir sus puertas 14 comunidades: Yare III; Las Terrazas, en Los Valles del Tuy; Rodeo III, en Guatire; Puente Ayala, en Anzoátegui y Santa Ana, en Táchira.

Con este nuevo centro en la ciudad de Coro, el Estado deja atrás la denominación categórica de “internado judicial” y comenzará el “verdadero camino”, según Bracho, hacia la reforma del sistema de privación de libertad de Venezuela. La Comunidad Penitenciaria de Coro esta capacitada para albergar a 870 infractores de la ley, que serán distribuidos en siete módulos: observación, mínima, mediana, máxima seguridad, aislamiento, destacamento de trabajo y el área para las mujeres y madres. También cuenta con una estructura de 17 edificios, destinados a diversas actividades, y con más de 400 profesionales en materia penitenciaria.

Ismel Serrano, hombre al mando de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso del MIJ, sostuvo en una entrevista concedida a la Agencia Bolivariana de Noticias (ABN) que la construcción y la apertura de esta nueva forma de reclusión están enmarcadas dentro del Proyecto de Humanización Penitenciaria, puesto en marcha desde 2004, justo después del llamado de alerta del mismo Presidente de la República.

¹² Una vez que le sacan la nicotina al cigarrillo y lo dejan vacío se rellena con marihuana. Se conoce como *bachiller* porque suele ser discreto ante la vista de cualquiera

Con este plan, el Gobierno pretende identificar las causas estructurales y las inmediatas que han originado el declive del modelo de justicia mediante tres líneas de acción clave: Infraestructura y Tecnología, Transformación Institucional y Atención Integral al Interno. “La Comunidad de Coro solamente es un ejemplo; es la manifestación más digna de que este Gobierno sí cumple los mandatos constitucionales establecidos en el artículo 272¹³. Porque con este moderno centro podemos asegurar la rehabilitación de todos y cada uno de los internos de nuestro país”, garantizó Bracho.

Pero *Chagenis* tiene sus dudas sobre la reinserción por la que apuesta el ministerio. Cree con fervor que uno de los culpables de las fallas del sistema penitenciario, además del Estado, está como un fantasma en todos los penales. “La cultura en la cárcel es otra. Al entrar nadie te dice qué está bien o qué está mal, directamente. Vas aprendiendo a golpe limpio, viendo a los demás, escuchando sin preguntar nada. Son pocos los que cuidan las instalaciones... Es como si pagaran la rabia por estar encerrados con los baños, con el comedor, con todo lo que te rodea”. La cárcel, vista desde esta perspectiva, no es un centro de rehabilitación, sino la escuela del resentimiento y la universidad del delito.

Jenny Zúñiga, socióloga de la Universidad Católica Andrés Bello, no cree en las bondades disuasivas del sistema penitenciario venezolano. “La prisión, sobre todo para quienes delinquen por primera vez, puede ser una experiencia fatal en el proceso de socialización. Puede implicar la socialización, valga la redundancia, en una subcultura en la que la única forma de evitar convertirse en víctima es convertir en una víctima a otros”.

¹³ Este artículo establece que el Estado Venezolano tiene el deber de garantizar un sistema penitenciario “que asegure la rehabilitación del interno o interna y el respeto a sus derechos humanos (...). El Estado creará las instituciones indispensables para la asistencia pospenitenciaria que posibilite la reinserción social del ex-interno o ex-interna y propiciará la creación de un ente penitenciario con carácter autónomo y con personal exclusivamente técnico”.

Porque más allá del alarmismo que generan las cifras de muertos y fallecidos, esta fábrica de violencia llamada cárcel, como diría Gilles Lipovetsky, lejos de convertirse en materia prima de impulsos asesinos, representa una lógica social, un modo de socialización dotado de sentido, gracias al código de honor.

“Por mucha plata que tengas, cuando entras tienes que seguir las órdenes del *pran*¹⁴. No puedes decir no porque te jodes. Y si por mala leche¹⁵ te metes en una culebra, te toca pagar, hasta con la vida”, cuenta Carlos Luis.

A *Carapacho de la Cota*, ex interno del retén de La Planta, una sola vida pareciera no alcanzarle: quiere terminar el bachillerato y comenzar a estudiar Derecho, pasear con sus hijos todos los fines de semana, buscar dos trabajos para mantener a su familia y hacer “un gran rumbón” para celebrar su reciente libertad. Cumplió su sentencia —4 años y 3 meses— a mediados de junio de 2008, y regresó a su casa, en la Cota 905, detrás de un sueño: recuperar a su familia y a sus amigos. “Salí con ganas de comerme el mundo y con la cara limpia”, dice con entusiasmo.

Para *Carapacho*, de espalda ancha y mandíbulas de acero, regresar a la calle no ha sido nada fácil. Aún está buscando el primer trabajo prometido y no ha podido, ni siquiera, ver a su mamá. Nadie, excepto su esposa, sus chamos y dos entrañables amigos, han ido a visitarlo. Pero para *Carapacho*, de piel oscurísima y aspecto bonachón, lo más difícil ha sido jugarle sucio a su memoria. “Esa es la condena que me tiene jodido. Cómo me ha costado dormir tranquilo desde que salí. Ya hasta ni con mi mujer puedo dormir de los brincos que pego cuando tengo pesadillas”, relata.

Y es que *Carapacho* asegura que nadie terminará de creerle nunca lo que vivió dentro del pabellón 3 de la Casa de Reeducción y Trabajo Artesanal “El

¹⁴ Pran: en algunos penales, es el segundo líder al mando de un pabellón o, incluso, de todo el penal. En otros centros penitenciarios, es el líder máximo.

¹⁵ Mala leche: sinónimo de mala suerte.

Paraíso”, conocida como La Planta. “Pa’ mí, que estuve allí, es fácil contar lo que vi, pero bien pelúo es que te lo crean”, reitera. Justo un año antes de su salida, entre mayo y junio de 2007, uno de los internos que compartía celda con él se había dado a la fuga, aparentemente. Ni los custodios, ni las enfermeras, ni el médico de guardia, ni el director del penal daban con el recluso. La única respuesta era la fuga.

En efecto, el interno ya no estaba en el pabellón: había muerto acuchillado en manos de 20 hombres. “Yo vi cómo lo picaron y lo metieron en los huecos de la pared, y lo frisaron. Por eso nadie lo conseguía. Y si decíamos algo nos mataban también, porque ahí nadie es amigo de nadie... a ese pana lo mataron así porque el mismo se lo buscó. Robó y quien roba ni aunque se arrodille tiene perdón. En la cárcel nadie mete la mano por nadie, y el que se come la luz¹⁶, ese segurito paga y con sangre”, explica *Carapacho de la Cota*.

Desde la antigüedad, la violencia ha sido reglamentada a través del *honor* y la *venganza*, dos modos de acción, también denominados *códigos* por Lipovetsky en *La era del vacío* (1986). El honor, en palabras de este filósofo francés, es el más alto nivel de prestigio y de estima social. La venganza representa la subordinación del interés personal al interés del grupo.

Así, aun cuando el hombre superó el estadio de vida que caracterizó a las sociedades primitivas, reglamentadas por un orden bajo estos dos códigos, tanto el honor como la venganza permiten explicar cómo la violencia tiene un significado dentro de la vida social que se desenvuelve dentro de las cárceles venezolanas.

Lejos del odio que pudieran sentir sus asesinos por él, el recluso que murió acuchillado tenía, de acuerdo con las definiciones de *honor* y *venganza* sugeridas por Lipovetsky, que pagar con sangre su pecado. La venganza garantiza el

¹⁶ Comerse la luz: sinónimo de hacer lo que no se debe. En el argot penitenciario también se conoce como *te montaste por la acera*.

equilibrio y el honor permite recordar quién o quiénes mandan. Por ello, la sangre es la única vía para establecer el orden dentro del sistema de poder que se consolida dentro de las cárceles venezolanas.

En otras palabras, la necesidad de reforzar la lógica social instaurada bajo el *honor* y la *venganza* dentro del pabellón 3 de La Planta trajo como consecuencia la muerte del interno que terminó frisado en la pared. Él no sólo tenía que pagar su pecado con sangre; debía convertirse en ejemplo para todo aquel que quisiera o pensara descarriarse del *status quo* establecido por los líderes dentro de esa celda.

En este sentido, Pablo Cerezo, sociólogo y funcionario del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), sostiene que los grupos de poder cumplen una función primordial. “Como el Estado perdió el control, les toca a los mismos reos consolidar una forma de organización. Si no lo hacen, perecen. Por eso de algún modo la batuta del *pran* y de sus secuaces sirve para evitar la anarquía dentro de los pabellones”.

Así, pareciera ser que en la cárcel la desviación es la norma y la buena conducta la excepción. El entorno penitenciario posibilita el desarrollo de un conjunto de reglas, valores, lenguaje y símbolos diferentes a las normas sociales. “Ya, desde que entras, no puedes llamar a la *mantequilla* por su nombre porque te catalogan como marico, entonces la tienes que llamar *resbalosa*. Y ni se te ocurra decir *pásame la olla pa’ cocinar* porque eso significa que quieres cogerte a quien te la podría prestar”, relata Carlos Luis

En la subcultura que caracteriza al Rodeo I, el patio era y sigue siendo el espacio para cualquier tipo de ocupación. Allí, a plena luz del día y en frente de un par de custodios, un par de chamos sentados en sendos tobos afilan sus chuzos con el borde de una acera. Otros, venden sobre papel periódico, cual buhonero, cigarros de marihuana y paqueticos de *crack*; y otros, los *pranes* están sentados justo debajo de una gran manta, escuchando y tarareando en voz alta *Mi libertad*, de

Frankie Ruiz: “Extraño aquella cometa que yo de niño volaba y a mis amigos del barrio, que mis canciones bailaban...”.

La ley dentro del penal es letra muerta. La normativa de régimen penitenciario venezolano estipula, en el artículo 12, que los penados, inmediatamente al ingresar a la cárcel correspondiente, deberán ser agrupados “en razón de la afinidad de sus respectivos tratamientos”. En teoría, los internos deberían distribuirse dentro de los pabellones de acuerdo con el tipo de delito y de pena. Pero en la práctica, nada de esto sucede. “En la cárcel te amplían la mente para ser malo. Si te encanaron¹⁷ por robar a una doña en un cajero, tus compinches te enseñan y te explican cómo atracar un blindado, cómo robar un supermercado; qué tipo de arma es la mejor y con qué droga te olvidas del calvario que es vivir detrás de las rejas”, cuenta el pastor *Chagenis*.

*

Desde que era un niño, Carlos Luis había sido un muchacho atlético y muy dispuesto a colaborar con la comunidad. Mientras sus pares estaban viendo televisión un domingo en la mañana o jugando nintendo, él prefería acompañar a las abuelas de la cuadra donde vivía a comprar legumbres, harina pan y huevos en el mercado de Quemaíto, ubicado en Guatire, estado Miranda.

Tenía una exagerada obsesión por los deportes de alto impacto. “En las tardes, ese muchacho pasaba horas levantando pesas y haciendo barras. A veces, ni almorzaba y salía directo del liceo pa’ la cancha del barrio”, cuenta su madre, Rosa María Camacaro. Su elevada estatura y su maciza musculatura convertían a Carlos Luis en una promesa del equipo de básquet del Estado Miranda: sabía cuándo pasar el balón, cómo hacer dribles con más de un adversario cercano a él, y era el líder en lanzamientos desde el centro de la cancha.

¹⁷ Sinónimo de encierro

Alto, café con leche, de ojos achinados y manos fornidas, Carlos Luis encarnaba el prototipo de un sexy luchador. “Era el galán de la zona, el papacito, pues. Cuando estaba grandecito, como a los 18 años, todas las chamas de la calle 4 de Las Casitas se instalaban a verlo hacer paralelas”, relata Luisa, vecina y amiga de *el perrero*.

Pero lo que más impresionaba de él, según su mamá, era la capacidad para tomar decisiones. Era el mayor de la casa. Su padre, José Maldonado, un maestro de obra, los abandonó cuando tenía 10 años. Su madre nunca había trabajado. Sabía leer y escribir a medias, pero había heredado de su abuela una increíble sazón. Así, Carlos Luis, de 10 años; Yanelisy, de 7; y Moisés, de 6, lograron sobrevivir, un tiempo, gracias a la venta de comida a domicilio de Rosa María.

“Me apegué mucho a mi mamá y aprendí a odiar a mi papá, desde el mismo día en que se fue de la casa —rememora Carlos Luis. Lo recuerdo con claridad. Llegó en la tarde, un lunes después de trabajar, quejándose porque sólo había un sobre de sopa Maggi en cocina. Y, como siempre hacía, amenazó a mi mamá con irse. Y así fue. Desde ese día, más nunca supimos de él... A veces los vecinos nos contaban que lo habían visto con una mujer por la plaza del pueblo, pero ya ninguno en la casa quería saber de su existencia”.

Consciente de la rabia por el abandono, Carlos Luis decidió trabajar y estudiar al mismo tiempo. “Fui limpiabotas, colector de camionetas y pregonero. Intentaba ganar algo en mi tiempo libre para poder ayudar a mi mamá con los gastos”. Mientras, Yanelisy, la consentida de la casa, estudiaba y ayudaba a Rosa María a cocinar. Moisés, el más pequeño, también asistía al colegio.

Como se hizo costumbre después de la partida de José Maldonado, Carlos Luis buscaba a sus hermanos en sus respectivos colegios. Siempre fue así: cuando Yanelisy pasó a 7° grado, cuando Moisés pasó para 5° grado. Incluso, cuando “La Chiqui”, como le decían los vecinos, tuvo su primer noviecito, Carlos Luis la

buscaba en el Liceo. “Qué va, pa’ mí, mis hermanos y mi mamá son sagrados. Al que se le ocurriera meterse con alguno de ellos, se la iba a ver bien fea conmigo”. Y así sucedió.

“Un día Yanelisy llamó a la casa de una vecina para decirme que no la buscara porque iría a celebrar el cumpleaños de una de sus amigas, en Valle Arriba, una urbanización de Guatire. Y yo le dije que apenas terminara me avisara para ir a buscar”. La Chiqui nunca le aviso.

Eran las 10 de la noche de ese día, 24 de marzo de 1997, y Yanelisy no aparecía. Diez y media, once, doce... Y apareció. “Yo no podía creer lo que veía. Mi hermana estaba allí, en la puerta de la casa, con la falda rota, llena de polvo, la cara hinchada, los ojos como dos huevos fritos de tanto llorar, y sin decir ni una palabra”.

Carlos Luis quiso hablarle pero no pudo. La abrazó, mientras de la boca de La Chiqui salía sangre. “¿Qué te pasó, Yane?, ¿por qué estás así?, ¿por qué no me llamaste?” Pero un silencio se apoderó de las cuatro paredes de madera del humilde hogar.

Los días pasaron y el silencio seguía instalado, cual huésped de hotel, en la casa de los Camacaro. Yane no quería comer, Rosa María no dejaba de llorar y Moisés no entendía qué pasaba. “Yo no quería presionarla, pero sabía que algo raro había pasado”.

Y algo raro sucedió. La noche del 24 de marzo de 1997 dos jóvenes que pertenecían a una banda llamada “Los pastelitos” violaron a La Chiqui en las cercanías de la zona industrial de Terrinca.

Nada podía aliviar el dolor de Yanelisy. Dejó de ir al liceo. “Mi pobre muchacha estaba como desnutrida”, recuerda con tristeza Rosa María. Pero absolutamente

nada le quitaba a Carlos Luis la sensación de impotencia y de rabia. “Cómo carrizo iba a sentirme si una cuerda de coños de madre le habían jodido la vida a mi Yane”. Una ensoñación de una tarde calurosa del mes de abril lanzaría a Carlos Luis a un camino que él nunca había imaginado.

“No lo pensé dos veces: iba a matar a esos desgraciados. No sabía cómo, ni dónde pero iba a vengar a mi hermana”. Su promesa se hizo realidad: el 23 de abril de 1997, casi un mes después de la agresión, Carlos Luis estaba detenido en las celdas de la Policía del Municipio Zamora: asesinó a uno de los violadores. Un mes después ya formaba parte de la banda *El Tren del Sur*, del Rodeo I.

*

—“Mira, papa, o me pagas lo que cuesta esta cama o te vas pa’ fuera con las brujas¹⁸ o los gitanos¹⁹

—Coye, *perrero*, es que de pana, aquí entre nos, no tengo lo que es naaa... Mi jeva no vino el domingo. Y a mi nadie más me visita.

—Ya te dije que no. Y no, es no. O pagas, o te piras²⁰.

—¿Y si te doy un par de porros?

—¿Cuántos? Mira que con dos no resuelvo, y no me quiero meter en peos con Chiquitín.

—Bueno, qué talco unos 10... ¿Sirve?

—Dale pues, plomo, plomo... Que lo que me quiero es ennotar²¹ —repetía *el perrero*.

Carlos Luis era uno de los que mejor cocinaba en la letra A del piso número tres de la Torre, sede de la banda *El Tren del Sur*. Allí, desde que llegó, demostró sus

¹⁸ Brujas: privados de libertad que roban a otros y generan rumores entre las bandas. También son conocidos como los “soplones”, los chismosos.

¹⁹ Gitanos: privados de libertad que no tienen cómo pagar la *causa* y deben vivir fuera de los pabellones.

²⁰ Sinónimo del verbo ir.

²¹ Ennotar: es sinónimo de cualquiera de los efectos que producido por cualquier tipo de droga.

dotes de cocinero. Además de las tradicionales arepas fritas, Carlos Luis, hacía, cuando había con qué, pasta fría, pepitos y hamburguesas. Por eso, Chiquitín, el volantero²² de la banda, lo apodó *perrero*. “Yo hacía de todo: siempre me tocaba cocinar, y como aprendí trucos de mi mamá pues la comida siempre me quedaba sabrosa”.

Pero las responsabilidades para Carlos Luis fueron incrementándose con el pasar del tiempo. Un día, era la comida; otro, la administración de los porros; otro, la preparación del agua loca²³ y otro la elaboración de chuzos. Un día se convirtió en el chef, delegó su trabajo como cocinero, y comenzó a llevar el control del 30% de la mercancía. “Me tocó encargarme de lo natural²⁴, pues. No tuve opción. Y pues, honestamente, tampoco me molestaba. Me sentía útil”.

Pero “el tiempo siempre pide melao”²⁵, tarde o temprano, siempre pide sangre. Una noche de enero de 2004, después de que la Guardia Nacional (GN) apagó las luces, la guerra entre *El Tren del Sur* y *Los Macacos* tuvo una de las batallas más violentas. Fallecieron dos *pranes*, uno de cada bando. Chiquitín intentó evitar la contienda mediante un acuerdo, pero no lo logró. “Con el dinero no se juega. Eso era lo que se peleaba allí”, recuerda Carlos Luis.

Esa noche, la GN controló la disputa, pero mucho después de que algunos resultasen heridos, entre ellos, *el perrero*. “No tenía arma porque pues no podía pagar una, pero tenía mi súper chuzo. En un momento, me descuidé y sentí un pinchazo duro en la pierna, como si me hubieran enterrado una aguja”.

Los días pasaron y *el perrero* siguió su rutina: preparaba la comida de los *pranes* del *El Tren del Sur*, llevaba las cuentas de las deudas pendientes y ayudaba a

²² Volantero: líder de una banda. Hasta la fecha, Chiquitín es el líder de la Torre del Rodeo I.

²³ Agua loca: bebida alcohólica elaborada con frutas fermentadas

²⁴ Natural: todo tipo de droga no química.

²⁵ El tiempo pide melao: expresión que dentro del argot penitenciario significa que en cualquier momento de calma tensa se puede derramar sangre. Los internos los utilizan como frase de predicción.

Chiquitín a recoger la causa los domingos por la tarde. Pero después de un año, a finales de marzo de 2005, comenzó a sentir una gran fatiga y a perder el apetito. Ya ni el dulce de higo que le preparaba Rosa María le provocaba. Cada vez que comía, tenía dificultades para tragar. Por las noches, cuando se acurrucaba en la colchoneta, el sudor no lo dejaba dormir. “Yo no quería decir nada para evitar el chaleco²⁶ de mis panas, pero era inevitable. Cada vez me sentía más débil”.

La voz asustada de su madre por teléfono alertó al *perrero*. “Hijo, por amor a Cristo, ve a la enfermería. No puede ser normal que estés así... Este domingo te llevaré más atamel”, repetía una y otra vez su madre por el auricular.

Pero Carlos Luis no era tonto: pasar la barrera invisible entre la Torre y el Anexo del Rodeo I era el camino seguro para la muerte. Uno de sus principales enemigos estaba en el Anexo. “Sí, recuerdo clarito, hasta con cuales bichos se la pasaba el mal nacido que quedó vivo y que violó a mi hermana; el único desgraciado que quedó vivo”.

Aquel segundo sábado del mes de abril de 2005, una semana después de la jornada maratónica de perros calientes para los niños que fueron de visita al “Monstruo de Cemento”, el grito de los cristianos de la Congregación “Liberados en Marcha”, que vivían en el piso 4 de la Torre le dio una esperanza. “Cristo vive, hermanos... Hoy jornada médica gratuita en el salón de servicios... Asistan. Dejen sus armas y entren al templo del Señor”, gritaba un ex privado de libertad.

“Ahora sí, papa, voy a ver qué carrizo es esta vaina que tengo”, decía Carlos Luis en voz baja, mientras dejaba su chuzo en un tobo que estaba en la entrada del pabellón religioso.

²⁶ Chaleco es sinónimo de burla

CAPÍTULO II: Un verdugo invisible

El batareno ²⁷no tiene beneficio, ni aunque esté enfermo

Carapacho de la Cota 905, ex recluso de La Planta

La historia guarda en sus páginas infinidad de relatos fascinantes: el descubrimiento de América, la llegada del hombre a la luna, la invención del teléfono. En todos, el fondo es, aparentemente, uno solo: la contraposición entre el conquistador y el conquistado. Los indígenas dominados por los europeos, la luna bajo el poder de la raza humana, la superación de las barreras comunicacionales.

Sin la tierra, sin la idea de un *otro*, externo y susceptible de ser cautivado, el hombre no existe. América deslumbró a Cristóbal Colón. Se convirtió en ese *otro*, paraíso terrenal exuberante. Pero sus habitantes, los indígenas, estaban allí también para defenderlo.

Nadie era malo. Nadie era bueno. Uno, el europeo, se lanzó a la conquista de un universo desconocido, pero fascinante. El otro, el indígena, apegado a la tierra estaba allí para protegerla, con sus lanzas, sus dioses. Ambos, al final, buscaban lo mismo: el control, el dominio.

Y así como la historia reserva millones de estanterías para estos gigantes y populosos acontecimientos esconde, tras formulaciones científicas y vocablos incomprensibles, el increíble relato de conquista que está detrás de los virus, minúsculas partículas capaces de dominar al hombre, el gran conquistador de la humanidad.

²⁷ “Alguien que se lleva algo sin pedirle permiso al dueño sin mala intención, o alguien que roba deliberadamente”, explicación según Carapacho de la Cota

La afirmación no es descabellada. Desde el siglo pasado, cuando se descubrieron estos diminutos seres, numerosos investigadores batallaron en contra de ellos. Son dominadores por naturaleza. Viven para seducir y cautivar silenciosamente a otros; a las plantas, a los animales, y al hombre. No son ni malos, ni buenos. Ni asesinos, ni santos. Para vivir necesitan dominar al *otro*, a ese otro que busca de algún modo defenderse.

Son miles. Incluso, algunos de conocimiento común. No son células, porque son incapaces de reproducirse. Son parásitos intracelulares estrictos, es decir, utilizan los químicos y nutrientes de las células para poder replicarse. Tienen, en general, una estructura física muy simple: una o varias cadenas de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) o de ARN (Ácido Ribonucleico), envueltas en una capa de proteína.

Son trabajadores responsables que, en definitiva, existen con un sólo propósito: dominar las células del organismo a través de un mecanismo llamado infección. Invaden el cuerpo, intentan apoderarse de él para poder sobrevivir, mientras el escuadrón de defensa del organismo trata de reducir el impacto de la conquista viral. Usa sus armas, los glóbulos blancos, para proteger y atacar.

Son tantos y tan diversos que cada uno de ellos tiene un nombre relacionado con sus efectos patológicos o con las circunstancias de su descubrimiento. Normalmente algunos virus, como el de la gripe, el sarampión o la rubeola, desisten de la conquista después de tres o cuatro semanas, después de la infección inicial. Otros, verdaderos invasores, permanecen en el organismo más de cuatro semanas. Son escasos pero hábiles; luchan por evadir la respuesta inmunitaria del cuerpo para generar, a largo plazo, infecciones persistentes o latentes.

Entre este grupo, los virus herpéticos son, probablemente, los más comunes; causan estragos en recovecos íntimos. También destacan los parásitos de la hepatitis B y C, el de la rabia y el Virus de Papiloma Humano (VPH).

Pero uno de ellos, no sólo es invasor por naturaleza; es el gran conquistador del siglo XX: el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), fue bautizado desde antes de su descubrimiento como el culpable de la mal llamada “plaga gay” por algunos medios de comunicación de la década de los ochenta.

*

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana o SIDA es una infección provocada por el VIH que destruye progresivamente los glóbulos blancos, batallón encargado de proteger el sistema inmunológico de infecciones. Actúa cual felino intentando cazar su presa. Se desplaza silenciosamente, con cautela. Estudia el movimiento de su víctima y, luego, ataca.

El VIH no suele matar bruscamente al huésped. Lo habitual es que consiga eludir las respuestas inmunitarias más enérgicas del ser humano para crear un estado de infección crónica, acompañada de reproducción viral continúa.

Ernesto Alayo, médico infectólogo del Hospital Universitario de Caracas (HUC), asegura que la infección por el VIH es relativamente única en el marco de las infecciones virales humanas. “A pesar de que nuestro organismo pone en marcha a todo el sistema inmunológico, el virus no es eliminado del cuerpo, salvo algunas excepciones. Por el contrario, desarrolla una enfermedad crónica que se mantiene *silenciosa* durante aproximadamente 10 años, antes de que el paciente manifieste alguna condición o infección definitiva, como el cáncer de piel”, explica.

El SIDA es la etapa más avanzada de la infección por el VIH y, según, el tratado *Principios de Medicina Interna* (2001) recogido por Harrison, la persistencia del

parásito tiene una razón: la mutación. Este proceso facilita la permanencia del virus en el cuerpo, a pesar de las respuestas inmunitarias del organismo humano.

En otras palabras, si una o dos réplicas del virus reciben mejores instrucciones para sobrevivir en el organismo, podrán multiplicarse y, en consecuencia, generar nuevas cepas del virus, imperceptibles para el sistema inmunológico.

Pasarían cuatro largos y penosos años antes de que los científicos identificaran al culpable del “cáncer gay”, nombre que antecedió a la denominación actual del síndrome. En el verano de 1981, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos) comunicó la aparición inexplicable de neumonía por *Pneumocystis carinii* (una patología que perjudica los pulmones de las personas con defensas bajas) en cinco hombres homosexuales, de Los Ángeles y de Sarcoma de Kaposi, en 26 varones de Nueva York y Los Ángeles.

Para ese momento, este tipo de neumonía afectaba sólo a pacientes que habían pasado por una quimioterapia anticancerosa, o a quienes habían recibido algún trasplante renal. En ambos casos, las carencias del sistema de defensa tenían una explicación clínica. Pero ante las nuevas víctimas, los médicos estaban desarmados.

En mayo de 1981 el primer enfermo identificado había fallecido, los cuatro restantes murieron, posteriormente. Pocos meses después, la enfermedad comenzó a describirse en hombres y mujeres adictos a las drogas por vía intravenosa. En abril de 1982, apareció en Denver (Estados Unidos) el primer hemofílico privado de su batallón de defensa inmunitaria. El paciente pertenecía al grupo de estadounidenses que recibían periódicamente transfusiones de sangre debido a una deficiencia en los mecanismos naturales de coagulación.

El caso Denver les permitió a los investigadores corroborar que el agente infeccioso era un virus: solo un parásito de este tipo podía ser capaz de franquear

las barreras biomédicas de las transfusiones. En este sentido, Harrison (2001) reitera: “Cuando se fue conociendo el patrón epidemiológico de la enfermedad, quedó claro que el agente [responsable] de la epidemia era un microorganismo transmisible por contacto sexual, por la sangre y sus derivados” (Vol. II, p. 2166).

Posteriormente, en 1983, un grupo de científicos del Instituto Pasteur de Francia, aisló el virus a partir un paciente con fallas en el sistema linfático, encargado de ayudar al sistema sanguíneo a drenar líquido para el cuerpo. En 1984, se demostró claramente que el nuevo conquistador era al agente causal del SIDA, la extraña epidemia que azotó y sigue azotando a miles de hombres, mujeres y niños en todo el mundo.

*

A Robert Gallo, hoy día director del Instituto de Virología Humana de la Universidad de Maryland, le costó más sacudirse el prejuicio que la apatía por investigar cuál era la causa de la mortal enfermedad que asediaba a centenares de norteamericanos, cuentan algunas reseñas de la época inicial de la infección por el VIH.

El desafío parecía inconcebible para este científico de origen italiano. Después de más de nueve años como investigador en el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos, de haber vivido entre niños leucémicos y de haberse encaminado hacia el mundo de la virología, Gallo no encontraba la explicación del llamado “cáncer gay”.

Pero la respuesta estaba en sus propias manos. El temible agente patológico que causó la misteriosa muerte de 5 homosexuales pertenecía a una familia de un virus que él mismo logró identificar en 1980: los retrovirus.

Cuando el equipo liderado por Gallo identificó el primer retrovirus humano asociado a un tipo de leucemia, no sólo tuvo que lidiar con la desconfianza de sus

colegas. Ese pequeño ser era tan discreto que ni ante los mejores microscopios daba una señal de vida. Pero gracias a una proteína derivada de una planta, Gallo decidió alimentar a las células presuntamente infectadas y obligar al primer retrovirus a dar sus señas. Y, en efecto, así sucedió.

Los retrovirus, como su mismo nombre lo indica, trabajan en dirección contraria al resto de sus pares. Por razones que sólo la naturaleza conoce, en lugar de estar compuestos por ADN, están constituidos por cadenas de ARN.

Y mientras los virus formados por ADN aprovechan la duplicación natural de las células para multiplicarse e infectar al organismo, los retrovirus necesitan la ayuda de una fiel amiga que las persuade para que arranquen el proceso de replicación.

Esta fiel amiga es la *transcriptasa inversa*, y existe para cumplir con una tarea precisa: realizar el proceso de transcripción del ARN del retrovirus. En otras palabras, la transcriptasa convierte el único ARN del retrovirus en ADN, pues sólo así el virus podría mezclarse con el ADN de la célula infectada. Consecuentemente, las nuevas cadenas de ácido desoxirribonucleico proceden a vigilar la producción de las nuevas copias del retrovirus.

Como manada, los retrovirus pueden vivir plácidamente dentro del cuerpo humano durante largos períodos de tiempos, sin provocar ninguna enfermedad. Son los responsables de leucemias en gatos, monos, vacas y seres humanos, y en la mayoría de los animales producen infecciones que duran toda la vida.

No suelen ser muy resistentes a las altas temperaturas. Mueren por culpa del calor, por desinfectantes comunes, y no sobreviven si la sangre en donde se encuentran está seca. Sin embargo, dentro del organismo son tan resistentes como unos gladiadores romanos. Como la tasa de mutación es muy alta, en comparación con otros agentes patógenos, los retrovirus se escudan tras esta diversidad para evitar ser eliminados por el sistema de defensas del cuerpo humano.

Así, aun cuando muchas copias mueren por la acción del batallón de los glóbulos blancos, encargados de proteger al organismo de enfermedades, es probable que aunque sea un retrovirus sobreviva al ataque del sistema inmune.

El descubrimiento de este tipo de agente infeccioso le abrió las puertas a la esperanza, invisible entre 1981 y 1984. En 1986, después de cuatro años de la aparición de los cinco primeros casos de SIDA, investigadores del Instituto Pasteur (Francia) y del Instituto de Virología Humana de la Universidad de Maryland (EE.UU.) habían dado con la familia culpable de la extraña epidemia y con un nombre: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En efecto, el VIH es un agente patógeno. Pero si no se conocieran sus características y si tuviera el tamaño de una deliciosa galleta, podría pasar inadvertido como un curioso dulce ante los ojos de los niños. Es casi tan redondo como una bola de chocolate y está cubierto por diminutos círculos de centro abierto, similares a jugosas donas.

Pero hoy día se sabe que el VIH ni es un dulce, ni es un virus común. El VIH, que fallece pocos segundos después de estar fuera del cuerpo, es un minúsculo organismo que carece de núcleo. No es una célula; es un parásito que depende de un tipo especial de célula para vivir.

Es un agente que tiene un gran poder: destruye las células que defienden el cuerpo de enfermedades. Como su nombre lo señala, el virus genera inmunodeficiencia; la ausencia de millares de soldados que engrosan el frente de protección de todo organismo. Con la conquista del VIH, el sistema de defensa, llamado *sistema inmunológico*, pierde su capacidad para resguardar al cuerpo de infecciones tan comunes como la gripe.

Y si algo es distintivo de este peculiar virus es que es *humano*. Sólo puede ser contraído y transmitido por el hombre. Es decir, para que una persona adquiera el VIH, el virus debe hacer un largo viaje. Sale de las células de la persona infectada, transita por el torrente sanguíneo de la persona sana y se apodera de las nuevas células bajo una condición: las cadenas de ARN que componen el VIH deben estar intactas.

Ahora bien, este viaje no es tan sencillo como parece. El virus de las células de una persona infectada ni brinca, ni salta a las células de un hombre sano. Para que este potencial portador se contagie por el virus, el VIH debe montarse en uno de los siguientes autobuses: la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la leche materna o el parto.

En otras palabras, en la mayoría de los casos conocidos, la infección por el VIH ocurre a través del contacto sexual entre personas del mismo sexo o de sexo diferente, mediante transfusiones sanguíneas o de sus derivados; a través del uso compartido de agujas contaminadas, durante el parto o por medio de la lactancia materna.

Sin embargo, como afirma Harrison (2001): “La infección por el VIH es preferentemente una actividad de transmisión sexual en todo el mundo” (p.2181). Este investigador también sostiene que los contagios heterosexuales son la forma más frecuente de transmisión mundial, a pesar de que 42% de las infecciones nuevas se registran entre hombres homosexuales. De hecho, Harrison señala que en EE.UU. el número de casos anuales de mujeres que adquieren el VIH ha ido incrementando progresivamente.

Se ha demostrado que el virus se concentra en el semen y en el líquido pre eyaculatorio cuando existen elevadas cantidades de linfocitos, unos tipos de glóbulos blancos que participan activamente en la respuesta defensiva del cuerpo humano.

Recientemente, mientras un grupo de investigadores alemanes dirigidos por Frank Kirchhof hallaba la búsqueda de medicamentos que evitaran el ingreso del VIH en las células CD4, descubrió que un componente del semen promueve aún más la infección. Este elemento es una proteína llamada fosfata ácida que acelera el traslado del virus hasta las células inmunitarias.

También se han encontrado réplicas del virus en las secreciones del cuello uterino y en el líquido vaginal. Y aunque la pared mucosa que protege a la vagina tiene capas más gruesas que la barrera que resguarda el ano, Harrison y Ernesto Alayo, aseguran que la transmisión del VIH puede darse entre uno u otro miembro de la pareja a través del acto sexual vaginal.

Un estudio elaborado en EE.UU durante 10 años, citado por Harrison (2001) en *Principios de Medicina Interna*, observó que la transmisión desde el hombre hacia la mujer es 8 veces más eficaz que a la inversa. Probablemente, explica Harrison, la diferencia se debe al contacto prolongado del semen con la mucosa de la vagina, del cuello uterino o del endometrio.

En las relaciones heterosexuales, el pene queda expuesto durante menos tiempo al contagio mediante el líquido vaginal infectado. Es decir, la exposición del hombre ante la mujer es pasajera, pero el hombre deja en la vagina un semen que puede estar contaminado. Por ende, ella permanece mucho más tiempo con este líquido seminal dentro de su cuerpo y puede contraer el agente patógeno causante del SIDA.

No obstante, de acuerdo con pesquisas científicas, las relaciones anales son el método más eficaz de transmisión. Es posible que durante las relaciones sexuales por el recto existan lesiones o traumatismos. En este tipo de contacto íntimo, la persona receptora es la que corre el mayor riesgo de infección. La receptora es aquella a quien le penetran el ano y quien probablemente puede presentar

pequeñas heridas a través de las cuales se puede colar el virus presente en el semen del compañero sexual.

Otras investigaciones defienden una postura, quizás, menos generalizada. El biólogo norteamericano Chris Jennings sostiene que la existencia de una herida ocasionada por la penetración no necesariamente se convierte en una puerta de entrada para el VIH en el organismo. Sólo una delgada barrera separa el semen de las células que están en el ano y que son propensas a infectarse.

En Venezuela y en muchos países del mundo, el imaginario que se ha edificado en torno a las relaciones sexuales anales ha exacerbado la discriminación hacia los homosexuales. Se suele creer que este tipo de intercambio sólo ocurre entre hombres. Por ende, con frecuencia se escucha que quienes aceptan este tipo de penetración son personas del sexo masculino que exclusivamente sienten deseo por personas iguales biológicamente.

Para el equipo de investigadores dirigidos por Leoncio Barrios, psicólogo, profesor, ex director del Programa Nacional de Sida y asesor del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (UNFPA), esta idea es un mito, nada más. De acuerdo con un estudio financiado por el Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Investigación (Fonacit) y citado en el portal digital “La Guía Médica”, 54% de los caraqueños encuestados por el grupo coordinado por el psicólogo admitió haber penetrado a alguien por el ano.

De este índice de hombres que afirmaron haber mantenido relaciones anales, el 77, 6% aseguró haberlo practicado con mujeres; 9, 4% respondió que lo hizo con personas de su mismo sexo; y 7,6% con hombres y mujeres. “Seis de cada diez hombres que han realizado sexo anal no utilizaron condón la última vez, con lo cual tuvieron una práctica de alto riesgo de infección de Virus de Inmunodeficiencia Humana”, advirtió Barrios en la nota publicada en la página web.

Paralelamente a los resultados de los estudios antes mencionados, se ha determinado que existen ciertas condiciones que aumentan la susceptibilidad de adquirir el VIH, tanto para el hombre como para la mujer. Por ejemplo, la inflamación del cuello uterino, también conocida como cervicitis, incrementa la posibilidad de que sangre esa zona de la vagina. Igualmente, las infecciones ocasionadas por algunas bacterias como el *Treponema pallidum*, (responsable de la sífilis), la *Haemophilus ducreyi* (responsable del chancro) y el virus del herpes son causas importantes de úlceras genitales relacionadas con la transmisión.

Otra vía de transferencia segura del VIH es la sangre. Este tipo de retrovirus está presente en la mayoría de sus componentes: los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, el plasma y las plaquetas. Por ende, quienes reciben transfusiones, han compartido agujas contaminadas, o han expuesto su sangre en el agua en la que se mezcla la droga son propensos a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Así, y a pesar de que en 1985 se desarrolló una prueba para detectar la presencia del VIH en la sangre, sus resultados sólo tienen un margen de precisión de 99,9% de efectividad. Es decir, existe 0,1% de probabilidad de que la sangre de una persona sana se convierta en la vía perfecta de transmisión del virus cuando entra en contacto directo con componentes sanguíneos infectados. Harrison en el tratado *Principios de Medicina Interna* (2001) ejemplifica la eficacia de este mecanismo de transmisión:

Desde finales de la década de los años 70 hasta la primavera de 1985, fecha en que se declararon obligatorias las pruebas de detección de VIH en la sangre de donantes, se calcula que la sangre y los hemoderivados infectaron a más de 10 000 personas en EE.UU. (p.2170).

Ahora bien, el contagio, como se pensó durante los primeros estudios, no requiere necesariamente un pinchazo que llegue hasta la vena, canal por donde transita la sangre. Las inyecciones por debajo de la piel o dentro de los músculos también pueden transmitir el VIH. Es un error creer que el contacto subcutáneo e

intramuscular con sangre repleta de VIH no es una vía de infección. Sí, es un riesgo tan alto como el aguijonazo en la vena.

Este peligro aumenta no sólo por el uso de las inyectoras infectadas. Sea debajo del músculo, directamente en la vena, o debajo de la piel, la probabilidad de adquirir el VIH se incrementa en la misma medida con la que se comparten las agujas.

El riesgo está latente. Cualquier procedimiento mediante el cual una o más personas utilicen agujas empleadas por otros representa un mecanismo posible de transmisión, sobre todo, cuando se desconoce si alguno de los que la comparte está infectado con el virus. Una aguja para tatuar, una hoja de afeitar o cualquier otro material similar podrían convertirse en instrumento colaborador para la infección por el VIH.

Datos de la portal digital venezolano “Sida en la Mujer” sostienen que el riesgo de adquirir el VIH después de un pinchazo con una aguja infectada con el virus es de 0.5%. No obstante, quien se pinche por equivocación o quien lo haga voluntariamente con algún objeto que tenga la sangre infectada y húmeda puede correr el peligro de contagiarse. El VIH consigue colarse muchísimo más fácil a través del torrente sanguíneo.

Por estas razones, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) estableció para los “Trabajadores que ofrecen servicios personales” (PSW, en inglés) precauciones universales que protegen contra el VIH y otras enfermedades sanguíneas tanto a los trabajadores como a sus clientes.

De acuerdo con la información suministrada por la página web de la Fundación de Sida en San Francisco (EE.UU) estas guías “establecen que todo instrumento diseñado para penetrar la piel, como las agujas para hacer tatuajes o acupuntura

deben ser usadas sólo una vez y luego desecharlas o deben ser limpiadas y esterilizadas después de cada uso”

(www.sfaf.org/informaciondelvih/disemina.html).

Ernesto Alayo, médico infectólogo confirma esta explicación pero cree que, lamentablemente, detrás de la transmisión del VIH mediante agujas o utensilios parecidos se ha construido un relato que atemoriza a muchos y del que algunas personas que viven con VIH se valen para explicar su infección.

“Aquí, en Venezuela, recuerdo que hubo una época que llegaban correos electrónicos sobre presuntas personas que vivían con VIH y que por venganza dejaban en los asientos del cine agujas infectadas. Supe de colegas a los que les llegó gente desesperada que se había pinchado con algo desconocido y querían saber si tenían el virus. Nunca, por lo menos no entre mis colegas cercanos, conocí algún caso así. Lastimosamente, rumores de este tipo ha predispuesto a muchísimos a pensar que existen personas capaces de infectar a otros arbitrariamente. Inclusive, conozco por referencia un par de casos en los que las personas aseguraron infectarse así pero no dieron mayores explicaciones y que, paralelamente, mantenían relaciones sexuales sin protección”, explica.

Las mujeres y, en especial, las madres que viven con el VIH tampoco se salvan de las consecuencias de este agente. Ellas, además de ser susceptibles a desarrollar enfermedades, tienen la responsabilidad de garantizar que su bebé nazca y crezca totalmente sano. El VIH está siempre dispuesto a la conquista y atacar, incluso, a los seres humanos que aún se están gestando.

Teóricamente, toda embarazada debería realizarse la prueba para determinar si vive o no con el VIH en la primera consulta del control prenatal y luego del parto. Pero en caso de que el primer examen confirmara la infección, deberá ser evaluada regularmente por un equipo multidisciplinario de médicos. Este chequeo, en teoría, debería incluir: evaluación de los síntomas y del sistema

inmunológico de la paciente, conteo viral, pesquisa de otras infecciones de transmisión sexual, como la sífilis.

En Venezuela, según la resolución N° 292 publicada en el año 2000, se establece la prevención de la transmisión del VIH madre-hijo como política de salud pública. Por esta razón, esta normativa estipula como obligatoria la prueba de anticuerpos contra el VIH a todas las embarazadas y garantiza el suministro de los antirretrovirales a quienes están infectadas con el virus.

Esta forma de infección puede ocurrir en varias etapas: durante el embarazo, en el mismo momento del nacimiento del bebé o mientras la madre le da pecho. En general, se trata de un modo de contagio persistente, sobre todo, en países en vías de desarrollo, como Sudáfrica, Namibia y Zimbawe, en los cuales la proporción de mujeres y hombres infectados es, de acuerdo con estudios citados por Harrison, aproximadamente 1 a 1: por cada hombre con VIH, existe una mujer que también vive con el virus.

Luego de largos estudios de fetos abortados e infectados, se determinó que el VIH llega a las células del bebé en desarrollo durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, el riesgo de contagio es mayor durante los meses siguientes al parto, porque el virus se puede identificar de 3 a 6 meses después de la infección.

Durante el parto, si la madre vive con VIH y no sigue el tratamiento indicado para contrarrestar el virus, también puede infectar al niño. Harrison (2001) sostiene que la probabilidad de este tipo de casos oscila entre 15 y 25% en los países industrializados y entre 25 y 30% en los países en vías de desarrollo.

Ana Carvajal, médico infectólogo del Hospital Universitario de Caracas (HUC) y asesora del Programa Nacional de SIDA (PNS), calcula, según estudios previamente elaborados, que la proporción de mujeres venezolanas infectadas con VIH es de una por cada tres hombres.

El informe 2004 del PNS, citado por el Acción Ciudadana Contra el Sida en el *Informe Comunitario Venezuela 2008*, demuestra que la incidencia de embarazos que viven con VIH ha disminuido progresivamente. En 2001, 261 mujeres gestantes estaban infectadas con el virus. Entre 2002 y 2003, este índice disminuyó a 138 y 110, respectivamente. En 2004, se calculó un repunte de 146 infectadas que estaban por dar a luz.

No obstante, Carvajal asegura que gracias a la prueba prenatal y a la terapia desde la semana 14 de gestación, la transmisión de madre a hijo en Venezuela, también conocida como *transmisión vertical del VIH*, ha disminuido a 4%.

Ciertamente, la mayoría de las transmisiones del VIH se producen durante el embarazo y el parto, pero la lactancia materna es responsable entre 5 y 15% de las infecciones pospartos de los lactantes, según datos recogidos por Iraida Sánchez, médico adjunto en el área de Pediatría en el Hospital de Guatire.

Hasta ahora y a pesar del avance de muchas investigaciones, no se conocen del todo los factores de riesgos asociados a la lactancia. Pero lo que sí se conoce es que en la leche de la madre se han detectado réplicas del VIH, sobre todo durante los primeros meses de amamantamiento.

En definitiva, después de 20 años de análisis minuciosos no se han encontrado pruebas de que el VIH se transmita por la picadura de insectos, como el zancudo, ni por el uso de utensilios, lavamanos o urinarios usados por la persona infectada. Estar expuesto al virus no significa contraer la infección; la exposición nunca será sinónimo de transmisión.

Sólo existe un caso registrado en el que la exposición directa con personas infectadas significó la transmisión del virus.

En 1990, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (EE.UU) reportó el incidente de un dentista en Florida infectado por el VIH que aparentemente infectó a seis pacientes

mientras les hacía su trabajo dental (...). Los CDC todavía no han podido establecer cómo tuvo lugar la transmisión. Ningún otro estudio ha encontrado evidencia de casos de transmisión del VIH de los proveedores a pacientes en lugares de atención en salud (<http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/qa29.htm>)

Que una persona que vive con VIH abraze, bese y le preste su pañuelo bañado en sudor a otra no implica un contagio. Porque ni abrazar, ni besar, ni prestar ropa, pañuelos o zapatos son caminos seguros para la transmisión de este virus. El VIH no es la ruta para el paraíso, pero tampoco lo es para el infierno. Es una infección que puede contrarrestarse. Y la clave para lograrlo no sólo depende de la fabricación de una vacuna; depende de comprender a dónde llega el virus, cuáles son los puntos mínimos, casi imperceptibles, en los que se instala y de los que toma el alimento para vivir y multiplicarse.

*

Como cada noche, Carlos Luis sacudía sus sábanas antes de acostarse a dormir en su colchoneta. Alistaba su almohada, cubierta con una funda pintada por su mamá. Pero justo la noche del día de la jornada médica, se quedó frío, paralizado ante las sábanas casi transparentes. “Me sentía como mareado, tenía un pelo de frío pero sudaba como un hijo e puta”, recuerda.

No le dio importancia. Pensó, antes de que lo chalequearan²⁸ sus amigos, que todo era producto del estrés de estar encerrado. “¿No y que dicen que ahora el estrés es la enfermedad de este siglo? Pues yo creo que sí. Nojoda, y segurito que aquí adentro más. Nos salen canas y arrugas nada más haciendo de garita²⁹... porque, la pinga, si te descuidas, pierdes”.

Orgulloso de su deducción, *el perrero* decidió echarse a dormir un rato, antes de que le tocara su turno para vigilar la entrada del pabellón. Una vuelta pa’ la pared,

²⁸ Es sinónimo de burla

²⁹ Haciendo de garita: sinónimo de trabajar como vigilante

y nada. Una vuelta pal otro lado, y nada. Parecía un trompo. Seguía sudando. Estaba abrumado y no lo quería aceptar. Recordaba como la escena de una película mil veces vista la palabra de uno de los cristianos organizadores de la actividad en el pabellón 4 de la Torre. “Gracias, muchachos, gracias por su colaboración. Recuerden, todo lo que hacemos, lo hacemos por su propio bien. No olviden que sin salud, no hay nada... Y recuerden, los resultados se los traeremos en 15 días, aproximadamente”.

Pensar en los resultados de esa prueba le ponía los pelos de punta. Ráfagas de incertidumbre se apoderaban de él. “No se lo quería ni decir a mis panas, porque sabía que me iban a seguir el chaleco, pero sí, estaba cagao³⁰. No sé... creo que siempre he sido cobarde pa’ esas cosas. Nunca me han gustado los médicos”, relata.

Durante esos quince días, intentó seguir su rutina de vida, a pesar del cansancio y la debilidad que tenía. “Sentía las piernas pesadas, como si hubiese hecho mucho ejercicio. Me costaba caminar a mi ritmo normal”, cuenta.

Cocinaba, perseguía a los que debían dinero por la marihuana, llamaba a su mamá y hablaba con sus hermanos, y de vez en cuando con una “jevita”, como la llamaba él, que lo tenía loco. “Era la hermana de un pana. Estaba buenísima y era súper simpática, calladita, tranquilita. Una señorita de su casa que no me visitaba pero siempre chateaba conmigo por mensajitos...Es que si no hubiera estado preso, hasta le pedía matrimonio”.

Pensar en ella, recuerda, era lo único que aliviaba el letargo de las tardes calurosas de Guatire. Justo después de la jornada médica, la imagen de la “jevita” se convirtió en su amuleto de suerte. “Pensaba en ella, en mi mamá... y, de vez en cuando, hasta pensaba en Dios. No rezaba porque no creo en esas vainas, pero sí le pedía que me quitará la angustia de encima”.

³⁰ Estar cagao: sinónimo de *estar asustado*.

El 15 de mayo de 2005 fue el día. *Chagenis* llegó en compañía de Carmelo Romero, coordinador del grupo de paramédicos cristianos de la Brigada de Auxilio Comunicaciones y Emergencias, para dar los resultados a los internos del Rodeo I que habían decidido participar voluntariamente en la actividad. Ese día darían los resultados de las pesquias de hepatitis B y C, y de VIH.

—¿Esto es todo? —le preguntó *el perrero* a Carmelo.

—Sí, es todo. Recuerda lo que explicamos cuando vinimos. Todos los resultados son personalizados. No hicimos una lista general de nada. Ahora, como también explicamos, quienes resulten positivos a las prueba del VIH pueden contar con nuestro apoyo. Para eso estamos aquí —dijo Carmelo.

“Positivo”, eso decía el examen de Carlos Luis. Nada más. Atónito, veía una y otra vez el resultado de la prueba de VIH, como queriendo borrar con cada pestañeo las ocho letras que están tatuadas allí: P-O-S-I-T-I-VO.

—¿Qué pasó, tigre, todo fino? —le preguntó Said.

—De bolas, papá... Estoy más sano que muchacho rico recién nacido —respondió tratando de esconder el papel dentro del bolsillo.

Estupefacto, salió del pabellón de los cristianos de la Torre con su mejor sonrisa y se dirigió a su colchoneta. Buscó su tobo³¹ y sacó una fotografía de su mamá. “Si mi vieja supiera que me voy a morir”, recuerda que fue lo primero que se dijo después del resultado.

En un instante se sintió extraño consigo mismo. Se veía desde afuera, como por el agujero de una puerta. “Yo no sé si eso existe, pero de repente otro Carlos Luis, igualito a mi, me veía. Recordé todo: la violación de mi hermana, mis años en el

³¹ En los penales visitados, el galón de pintura grande o tobo es sagrado. Los internos no sólo lo usan como silla. Allí, la mayoría, guarda sus pertenencias: ropa, sábana, toallas.

colegio, mi primera novia... el hijo e puta de mi papá, el taller mecánico que quería tener... todo era una gran mierda. Me iba a morir igual”, cuenta.

Pero tal cual entró en este trance, salió de él y regresó al pabellón 4.

—Doctor, necesito hablar con usted —le dijo en voz baja a Carmelo.

—Claro, cuando quieras —le respondió.

—Bueno, doctor, es que me salió positiva la prueba del SIDA. ¿Me voy a morir? Porque eso es lo que dicen, ¿no? Por lo menos eso es lo que se dice aquí.

—Calma, amigo... ¿Me muestras el examen?

—Pero, calletano³², ¿no? Aquí no. No quiero que nadie se entere. Vamos pa’ la bodega de un pana.

Carmelo leyó la prueba con detalle. Efectivamente, Carlos Luis era portador del VIH. Pero antes de entregarle el papel, le explicó que ese resultado no era ni conclusivo, ni era una sentencia de muerte.

La prueba que tenía entre sus manos *el perrero* no era otra que la prueba ELISA. Este examen, conocido en inglés como “ensayo de inmunoabsorción ligado a las enzimas” no detecta al virus, sino a los batallones biológicos que se dirigen a la capa de proteína del VIH. En otras palabras, el test ELISA descubre los anticuerpos que produce el organismo para luchar contra la infección.

Sin embargo, el descubrimiento de estos anticuerpos no ocurre de un día para otro. “Para que la infección pueda ser detectada se necesitan tres meses como mínimo para que el cuerpo pueda generar los anticuerpos contra el virus, tiempo que se conoce como *período de ventana inmunológica*” (Davies, 2006).

Y para que el resultado de la prueba ELISA sea convincente también requiere de otro juez. Que este test diga “positivo” no significa que la persona haya sido

³² Calletano es sinónimo de silencio.

infectada. Este examen de laboratorio es tan sensible que puede detectar anticuerpos producidos contra otras enfermedades y asumir que son los que genera el cuerpo ante el VIH.

Por esta razón, el procedimiento regular después de un resultado positivo es una prueba llamada Western Blot que se reserva exclusivamente para la comprobación del ELISA. “Con ella se eliminan casi todos los errores que produce la alta sensibilidad del primer test” (Jennings, 2003, p.74). No cualquiera puede leerla; requiere la interpretación de una persona especializada.

El perrero intentó memorizar todas y cada una de las palabras de Carmelo sobre la prueba ELISA y sobre lo que venía a continuación. Tenía que calmarse, le recomendó Carmelo, porque aún debía esperar el siguiente examen, el que le diría si efectivamente estaba infectado con el VIH.

Un mes después, *el perrero* se encontraría con Carmelo y una bioanalista en la enfermería del penal. “Ya vengo, tigres, voy hablar con el pastor del 4”, les dijo a sus compinches para evitar sospechas.

Carlos Luis no recuerda con exactitud todo lo que le dijo la especialista aquel día. Pero no olvida las frases que ahora, hoy día, se han convertido en su *leitmotiv*: “El VIH no significa muerte. Es sólo una infección que puede acelerarla pero sólo si no tomas precauciones”.

Ya para mediados de julio de 2005, tres meses después de los primeros síntomas, Carlos Luis había bajado 6 kilos y no dejaba de toser. Sólo Yanelisy sabía que vivía con VIH. Nadie más, ni siquiera sus panas del pabellón, *Said* y *El Mikiti*. “Tenía miedo porque no querían que me vieran feo. Casi siempre los sidosos son vistos como las brujas. Todos les sacan el culo por temor a enfermarse”, explica.

Las consecuencias físicas ya eran notables: fuerte tos seca, pérdida de peso, fatiga, sudoraciones nocturnas. No quedaban dudas. El viaje del VIH había sido perfecto. El virus, como una llave, había encontrado la puerta de entrada en el cuerpo de Carlos Luis: las células CD4, también llamadas *células ayudantes o inductoras*.

Estas minúsculas partículas de vida forman parte del escuadrón de glóbulos blancos, o leucocitos, que están siempre a la espera de cualquier otro agente capaz de generar alguna falla en el organismo humano.

Dentro de la gran familia de glóbulos blancos pertenecen al subgrupo de los linfocitos y tienen, como todas sus hermanas, un núcleo. Pero en su currículum de trabajo registran una labor bien particular. Las células CD4 son las encargadas de coordinar el sistema inmunitario. Son ellas, durante su patrullaje por el torrente sanguíneo, las que encuentran a los virus cuando chocan, frente a frente. Y una vez que los reconocen, suenan la alarma para que el resto de sus hermanas comiencen a trabajar por la defensa del cuerpo.

Disparada la alarma, las células CD4 no dejan de ofrecer su mano amiga. Por el contrario, ayudan a los linfocitos B, también llamados *células de memoria*, a identificar agentes extraños al organismo para producir anticuerpos. Cuando el virus y el anticuerpo se unen, las células CD4 también ayudan a dar vida a los *macrófagos*, regordetas células devoradoras de gérmenes, bacterias y virus.

Sin embargo, cuando el VIH penetra el núcleo de las llamadas *células ayudantes*, los componentes del sistema inmunitario se desorganizan. Si bien el cambio no se evidencia de una semana a otra, las células CD4 dejan de cumplir su tarea. En lugar de ayudar a identificar a los agentes invasores, comienzan a fabricar células con el ARN del VIH. Con el tiempo, dejan de activar la alarma que pone en marcha al resto del batallón de glóbulos blancos y abren la puerta a las conocidas enfermedades oportunistas que contribuyen al desarrollo de la etapa SIDA.

*

Durante los primeros casos propagados en diversas regiones del mundo, se creía que el SIDA era el pasaporte directo para la muerte. Centenares de personas infectadas enfermaban y morían con rapidez, sin ni siquiera saber exactamente por qué. Otras tantas, permanecían sanas mucho tiempo o desarrollaban alguna infección lentamente.

Ahora, las cosas han cambiado mucho. Gracias a las investigaciones y a los avances en materia virológica, muchas personas que viven con VIH continúan su rutina de vida como si nada pasara: trabajan, tienen pareja, son activos sexualmente. “Más allá de la indignación que genera para muchos saber que alguna persona cercana tiene el virus, hoy día tenerlo no es sinónimo de muerte. La clave está en asistir al médico, tomar el tratamiento en caso de ser necesario y, sobre todo, estar atento a cualquier síntomas clínico”, explica Mauricio Gutiérrez, miembro de Acción Solidaria, una asociación civil que ofrece ayuda a las personas infectadas con este tipo de retrovirus.

Por lo general cuando el virus penetra en el organismo y comienza a replicarse, las enfermedades oportunistas aprovechan la debilidad del sistema inmunológico para hacer de las suyas. En circunstancias normales, la candidiasis oral, una infección producto de un hongo (*Candida albicans*) que genera ardor en la boca o en la garganta puede curarse con un antimicóticos (antihongos). Sin embargo, el desarrollo desmedido de este agente puede generar una serie de problemas.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control, en inglés), organización creada para ir tras la pista de virus, microbios y bacterias fue y sigue siendo la encargada de definir un sistema de clasificación de las infecciones oportunistas asociadas al VIH/SIDA. El CDC, como comúnmente se conoce, estableció para esta tipificación grupos de enfermedades según los

síntomas clínicos relacionados con el VIH y según el conteo de los linfocitos CD4.

De acuerdo con la explicación de Harrison (2001) en *Principios de Medicina Interna*, el sistema parte del número promedio de células CD4 del cuerpo humano —entre 700 y 100 μL (microlitros)— y se basa en tres niveles de recuento de linfocitos y en tres categorías clínicas mutuamente excluyentes.

Con este mecanismo, cualquier paciente con infección por el VIH con un número de células CD4 menor a 350 μL sufre, por definición, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, independientemente de que presente o no síntomas de alguna enfermedad.

La categoría A, la primera de ellas, es conocida como el *nivel asintomático* de la clasificación VIH/SIDA. Como su mismo nombre lo dice, en esta etapa no se presentan manifestaciones reveladoras y el recuento de las células ayudantes o CD4 está por debajo de los 500 μL . Sin embargo, el paciente puede tener inflamaciones de los ganglios, los órganos que filtran bacterias y ayudan a crecer a los linfocitos.

Cualquier infección, como la gripe, podría generar la hinchazón pasajera de estos órganos que se encuentran en todo el cuerpo y que cuando están infectados se parecen a huevos de codorniz: redonditos y sobresalientes al nivel natural de la piel. Por el contrario, en el caso de la infección por VIH esta inflamación puede durar meses sin la necesidad de que aparezcan otros síntomas. Cuando esto sucede se dice, en el argot médico, que el paciente presenta una *linfadenopatía generalizada persistente*.

En la categoría B, reconocida por el CDC como *nivel sintomático*, la persona que vive con VIH comienza a presentar síntomas que revelan un defecto en el sistema inmunológico y registra un conteo de los linfocitos CD4 entre 500 y 350 μL . Así,

además de la hinchazón persistente de los ganglios, el paciente puede desarrollar candidiasis entre el esófago y la faringe, en la boca y, si es mujer, en la vagina. En cualquiera de los tipos, esta infección suele producir ardor. Cuando ataca a la garganta provoca dificultad para deglutir.

Con un aspecto sumamente parecido a la candidiasis bucal, la persona que vive con VIH y que tiene un número de células CD4 inferior a 500 μ L puede tener manchas blanquecinas y peludas en la boca. Estas placas velludas y con protuberancia crecen en el borde de la lengua, o en su parte superior e inferior e, incluso, en el interior de las mejillas. No suelen estar acompañas de ningún otro síntoma y se pueden desarrollar en personas que no tiene el virus. Sin embargo, esta infección, conocida como *leucoplasia vellosa bucal* es muy frecuente durante esta categoría clínica del VIH/SIDA.

“De los 45 pacientes que tienen VIH que están bajo mi control hoy día, 35 llegaron a la consulta con leucoplasia. Es una de las primeras infecciones oportunistas que aparecen cuando se tiene el virus”, explica Ernesto Alayo, médico infectólogo del Hospital Clínico Universitario, ente que lleva aproximadamente 2.500 casos de personas con VIH.

Durante la categoría B, se puede presentar fiebre alta, con temperatura promedio de 38,5, y constantes diarreas durante más de un mes. También se puede extender por el cuerpo la llamada culebrilla, o herpes zoster, el mismo virus causante de la varicela. Generalmente, este tipo de herpes evoluciona sólo si el paciente tuvo varicela previamente.

Cuando aparece suele instalarse, con frecuencia, en la espalda, la parte superior del abdomen o en la cara. Es una erupción de pequeñas pelotitas rojas pegadas unas de otras y que forman una especie de cinturón. Suele estar acompañada de fiebre, escalofríos y dolor de estómago.

La última categoría, la C, es la que en términos médicos define el SIDA. Durante esta etapa el conteo de células CD4 está por debajo de los 350 μ L. Harrison (2001) asegura que una vez que los pacientes entran en esta situación clínica la enfermedad del paciente no puede regresar a la categoría anterior, la sintomática o B. Lo mismo sucede entre los niveles A y B.

En la actualidad, las manifestaciones más comunes de esta categoría son la tuberculosis pulmonar, la neumonía y el cáncer del cuello uterino. Según Carolyn Redondo, ex presidenta de la Sociedad de Infectología de Venezuela, las infecciones más comunes registradas incluyen: tuberculosis en los pulmones y en todo el cuerpo, la histoplasmosis diseminada (infección por un hongo que genera fiebre, pérdida de peso, dificultad para respirar e, incluso, daño cerebral), criptococosis meníngea (infección causada por un hongo común en gatos que produce inflamación del cerebro), neumonía (infección producida por hongos, virus y bacterias que ocasiona escalofríos, dificultad para respirar y aumento de la frecuencia cardíaca) y toxoplasmosis cerebral (enfermedad causada por un parásito que genera inflamación del encéfalo y, por ende, dolor de cabeza, convulsiones).

En este sentido, el Ministerio del Poder Popular para la Salud en el *Anuario de Mortalidad 2006* reafirma la opinión de Redondo. Durante ese año la neumonía ocupó el puesto número 9, con 2.839 casos, en la lista de las 25 causas de muertes más importantes para los venezolanos.

La tuberculosis (TB), por su parte, fue la culpable del fallecimiento de 674 personas, con lo que alcanzó el rango número 18 de esta lista. En el país, según un trabajo disponible en el portal digital de la Sociedad Venezolana de Infectología en 2006 se presentaron 6.488 casos de TB ligados a la infección del VIH. El documentó sólo se limita a la tuberculosis; no registra la cantidad de hombres y mujeres que tiene neumonía asociada al Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Paralelamente al recrudecimiento de los síntomas que se evidencian en la etapa sintomática, en la categoría C también se desarrollan otras enfermedades o síntomas que se suman a la lista referida por Redondo. El cáncer cervical o el síndrome de emaciación (pérdida de peso extrema) pueden llevar al paciente a la muerte.

Incluso, también se puede desarrollar el Sarcoma de Kaposi, la primera enfermedad diagnosticada durante los inicios de la epidemia del SIDA y la marca que estigmatizó a los primeros pacientes. Descubierto en 1872 por el dermatólogo vienes Mortiz Kaposi, este cáncer de piel se presenta en forma de rosetones de color violeta en el rostro y en el cuello y, en algunos casos, afecta órganos internos, como los pulmones y el tracto gastrointestinal.

Sin embargo, Ernesto Alayo cree que más allá de la sintomatología relacionada con la infección, el desconocimiento sobre lo que en términos médicos se define como SIDA, da pie a interpretaciones erróneas y subjetivas. “El SIDA no es sinónimo de muerte. Para nosotros, los médicos, esta última etapa se estableció sólo con el fin vigilar la posible evolución de la infección, jamás para estigmatizar y asustar a los pacientes. Pero, lamentablemente, aún no hemos podido calar este mensaje. Aún muchos creen que el SIDA es un castigo y una muerte segura”.

CAPÍTULO III: ¿Qué he hecho para merecer esto?

En este sitio maldito, donde vive la tristeza,
no se castiga el delito, se castiga la pobreza

Frase escrita en un pabellón en la Penitenciaría General de Venezuela (PGV)

La historia del Rodeo I podrá retener los nombres de los heridos y de los fallecidos, de los directores y de los *pranes*, pero probablemente no recordará cuántas mujeres pasaron por las colchonetas y las esquinas silenciosas del “Monstruo de Cemento”. Allí, detrás de esas paredes repletas de sarpuillos de balas, centenares de orgasmos aliviaron y aliviarán el deseo ardiente de más de mil hombres castigados por la justicia.

Los miércoles, además del último domingo de cada mes, único día de visita para los niños, eran los días más esperados por los reclusos. Antes de que la GN autorizara la entrada de las mujeres, los hombres se calzaban sus mejores zapatos, preparan la mejor agua loca y se engominaban el cabello. La fiesta sólo duraba seis horas. Las bolsas de comida y de ropa se quedaban en el suelo, mientras las inquietas manos de los hombres dibujaban con deseo la figura de sus mujeres: una mano hacia el paraíso; otra, hacia el cuello, y besos y más besos entre cada respiración. Casi todos disfrutaban esos días. Casi todos.

“Triste era ver a los gitanos, aquí y sobre todo en San Juan de Los Locos³³. Como nadie los venía a visitar, los domingos cuando finalizaba el día de la visita, o los miércoles, después de la jornada conyugal, salían derecho pa’ cualquier baño a recoger el papel sanitario usado por las mujeres. Eso era como un tesoro... Se peleaban entre ellos por el olor”, recuerda *Chagenis*, con cierto aire de picardía.

³³ Nombre con el que denominan a los internos a la Penitenciaría General de Venezuela.

Desde una perspectiva sociocultural e, incluso, histórica, la sexualidad se entiende como un fenómeno inherente a la vida humana. Por esta razón, suele ser una de las preocupaciones esenciales del hombre. En ella cabe todo: las imágenes, las palabras, los ritos y las fantasías. Y todo para tratar de que el hombre intente comprender cómo puede sentirse cómodo con su cuerpo, cómo puede satisfacerse a sí mismo y a su pareja.

En Venezuela, estos modos de pensar tienen correspondencia con el comportamiento real y sexual de los hombres y de las mujeres. Ambos dibujan parte de su identidad a través de ciertas actitudes sobre la sexualidad.

Leoncio Barrios, psicólogo, profesor, ex director del Programa Nacional de Sida y asesor del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (UNFPA), realizó en 2004 un estudio sobre el comportamiento sexual entre jóvenes universitarios y liceístas, básicamente, de la clase media caraqueña. Entre las conclusiones, citadas en la edición del 95° aniversario del diario *El Universal*, el equipo dirigido por Barrios estimó que 30% de los estudiantes de pregrado consultados no había tenido su primera relación sexual. De este porcentaje, 90% eran mujeres.

Estas cifras desmitifican el imaginario que gira alrededor de la actividad sexual durante las primeras décadas de vida: las relaciones amorosas no necesariamente son certificados de aceptación social en las universidades y en los liceos de la clase media de Caracas. De hecho, según el estudio elaborado por Barrios, el promedio de la primera relación sexual para las chicas es de 18 años y para los hombres de 17.

Más allá de estos números, el investigador sostiene que las diferencias en materia sexual aún están determinadas por la educación. “De los jóvenes varones se espera que tengan una temprana e intensa actividad sexual como muestra de su virilidad; mientras que ellas deben hacer todo lo contrario: cuanto menos activas sean

sexualmente y así se mantengan por más tiempo, mejores muchachas son” (http://www.eluniversal.com/aniversario95/til_95a_01A472035.shtml).

No obstante, la Organización Panamericana de Salud (OPS) calcula cifras menores y más inquietantes. El *Análisis de Situación y Tendencias de Salud*, desarrollado por la OPS en 2003, estima que en Venezuela el inicio de las relaciones sexuales promedio no supera la barrera de los 15 años: los varones comienzan la actividad sexual a los 14 y las féminas a los 15 años, generalmente con parejas de mayor edad y sin utilizar ningún tipo de protección.

Una reciente investigación también coordinada por Leoncio Barrios, presentada con el título *Conducta sexual y uso del condón en hombres de Caracas* en la XVII Conferencia Internacional del Sida en México de este año, ofrece una percepción más completa y actualizada sobre las relaciones de pareja.

De los 400 caraqueños encuestados, entre 18 y 55 años, y de diferentes niveles educativos, 99% afirmó haberse iniciado sexualmente muy jóvenes: la edad promedio calculada fue de 15 años.

El 80% tuvo al menos una relación sexual en el último mes. El 74% con su pareja frecuente —tres de cada cuatro hombres dicen tener pareja sexual— y el porcentaje asciende al 96% cuando se incluyen parejas ocasionales conocidas. Menos del 3% tuvo relaciones con parejas desconocidas y un porcentaje similar pagó por tener relaciones, básicamente, los de mayor edad (Barrios, 2008, p.1)

Por su parte, Luz Jaimes, médico sexólogo, afirma que en el país las estadísticas sobre la iniciación de relaciones sexuales suelen ser imprecisas. Pero asegura que la edad promedio de comienzo disminuye progresivamente con el pasar de los años. “Durante algún tiempo recibí a chicas entre 17 y 16 que se acercaban a mi consulta con novios mayores. Pero ahora conozco casos de niñas y niños que tienen su primer contacto sexual antes de los 15 años”, explica.

De acuerdo con las investigaciones del Centro Latinoamericano de Salud y Mujer (CELSAM), Venezuela ocupa el primer lugar de embarazos de adolescentes en Suramérica. Para 2005, 33% de los hombres y 22% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años declararon mediante una encuesta haber tenido relaciones sexuales.

El último Censo Nacional de Población y Familia Venezolana publicado por esta institución a mediados de 2007 registra datos alarmantes que corroboran la opinión de Jaimes. Según el informe, 30% de los jóvenes inician relaciones sexuales entre los 12 y 14 años. Y aun cuando este estudio indica que la mayoría conoce la existencia de los anticonceptivos, sólo 1 de cada 10 los utiliza.

Estas estadísticas dejan de lado las investigaciones de los hábitos sexuales de las cárceles del país. Mauricio Gutiérrez, coordinador de la campaña “Asistencia a personas privadas de libertad que viven con VIH o SIDA” de la Asociación Civil Acción Solidaria, cree que es difícil obtener cifras exactas sobre la actividad íntima de los internos pero estima que de cada 10 internos 8 mantienen relaciones sexuales. De este número, cinco tienen más de una pareja.

Sin embargo, otros estudios, realizados en países latinoamericanos, sirven de referente en materia sexual penitenciaria. A finales de diciembre de 2003, la Secretaría de Salud Pública, la Dirección de Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la Dirección de Prisiones de República Dominicana presentaron los resultados de una investigación destinada a incrementar el nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de las ITS en los internos.

El análisis, titulado *Intervención para Cambio de Conducta en las Cárceles Dominicanas*, registró una elevada actividad sexual entre los hombres privados de libertad: 67% afirmó haber tenido relaciones sexuales dentro del recinto

penitenciario. Del 100%, sólo 50 aseguró tener conocimiento sobre las ITS, el VIH y el SIDA.

Casi una década atrás, en 1995, el estudio *Freedom and HIV prevention: challenges facing Latino inmates leaving prison*, registró cifras sobre el comportamiento sexual de los internos californianos (EE.UU) que acaban de salir de la prisión. De acuerdo con la investigación, 51% de los ex reclusos habían tenido relaciones en las primeras doce horas de libertad.

Pero estas investigaciones, aparentemente significativas, apenas son la punta del iceberg. En las cárceles venezolanas el contacto sexual no sólo satisface el deseo de las parejas. Dentro del encierro, aparentemente, todos pueden tener relaciones; quienes tienen dinero y mucho deseo caen, incluso, en el círculo de la prostitución.

*

Jarles Chávez, amigo de Carlos Luis y mejor conocido como “Radamés”, es un ex presidiario que ahora cree fervientemente en Cristo. Tiene 40 años, está casado con una chica de 17 años y asegura sentir mucha vergüenza por su pasado. “Estuve 12 años preso por complicidad en triple homicidio, pero lamento más lo que aprendí en el Rodeo I”.

De ese largo tiempo, pasó 6 años durmiendo en los pasillos del pabellón número 1. “Pa esa época era lo que en la cárcel se conoce como *gitano*. Como no podía pagar la cuota que los líderes me exigían para dormir dentro de una de las letras, me acostaba en donde me agarrara la noche”.

Un día, cuando casi cumplía 6 años y seis meses, el hermano de Radamés, también privado de libertad, fue trasladado al Rodeo I. Cheo, como le decían, venía del Internado Judicial de San Juan de Los Morros, ubicado en el estado

Guárico. Allá venía con tremendo puesto: era el volantero de todo el penal. Tenía una letra para él sólo, recibía plata, y tenía un súper negocio: la prostitución”.

Y así, como con Cheo llegaron la cama y la comida, apareció para Radamés la posibilidad de comenzar a manejar el negocio de las mujeres. Cheo tenía amigos en varias zonas de Caracas, pero, sobre todo, entre Antímamo y Carapita. Desde afuera se comunicaba con dos o tres ex presidiarios de Antímamo para organizar el lote de mujeres.

“El plan era sencillo. Buscábamos, en promedio, 15 chicas. Casi todas eran madres solteras muy pobres. Y el negocio era muy sencillo. A cada una de ellas se le asignaba un hombre del penal, y a cada una de ellas se les pagaba, el mismo día de la visita, su platica. La que más dinero se metía era la que estaba más buena o la que había coronado³⁴ con uno de los *pranes*”, explica Radamés.

Pablo Cerezo, sociólogo y funcionario del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), sostiene que el trasfondo de este tipo de negocios incipientes dentro de algunas cárceles venezolanas tiene un origen: la pobreza. “En nuestros penales la mayoría de los internos tienen entre 19 y 26 años. Casi todos pertenecen a los estratos menos favorecidos educativa, cultural y socialmente. Muchos no sólo están pagando la condena por el delito que cometieron; pagan las consecuencias de un proceso de descomposición y desintegración que los encamina a alcanzar, sea como sea, un ascenso social. ¿Y qué mejor que la prostitución para lograrlo? Un negocio fácil inversión y que genera dinero rápidamente”.

El perfil de pobreza de las personas privadas de libertad en Venezuela no parece ser una novedad. Hace más de tres décadas, en 1973, Lolita Aniyar, ex directora del Centro de Investigaciones Criminológicas de la Universidad del Zulia, ex directora de la Cárcel Nacional de Maracaibo y ex gobernadora del estado Zulia, y

³⁴ Coronado, en este caso, es sinónimo de conquista.

Tamara Santos, socióloga adjunta, elaboraron un trabajo de investigación en este penal sobre el tipo de población que estaba allí recluida.

De acuerdo con esos resultados, algo más del 28% de la población penal de esa cárcel —es decir, casi la tercera parte— eran obreros simples: un 10%, peones de hacienda; un 7%, choferes; algo más del 6%, albañiles y obreros de taller (...) y sus niveles de instrucción apenas alcanzaban la primaria (Gómez Grillo, 1988, p.324).

Este panorama, caracterizado por la falta de educación y por la carencia de oportunidades para el desarrollo, les abre a la puerta a los más imaginativos, a quienes, incluso, en condiciones de hacinamiento y vilipendio, pueden aprovechar el tiempo para consolidar un negocio tan viejo como el de la prostitución.

La pobreza general tampoco se queda detrás. Abona el terreno; se convierte en incentivo para salir hacia adelante y dejar a un lado las consecuencias de una vida carente de recursos estables.

En Venezuela pareciera que esta actitud se ha reflejado, en los últimos años, en números favorables para la reducción de la pobreza. A finales de diciembre de 2007, el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos, también conocido como Provea, publicó una investigación que recoge los avances y retrocesos en materia de DDHH en el país. Y aun cuando registra violaciones en el cumplimiento del derecho a la vivienda o del derecho a la justicia, reconoce que entre los aspectos positivos durante ese período se encuentran datos que reflejan una disminución porcentual de la pobreza y un incremento en el consumo de bienes de primera calidad en los sectores de más bajos recursos.

Sin embargo, sigue existiendo un número considerable de venezolanos que no forman parte de estas estadísticas. Probablemente, dentro de este grupo, entran las mujeres que por necesidad integran cadenas de prostitución como las que maneja Cheo, el hermano de Radamés. Mujeres que trabajan arduamente para llevar la

comida de sus hogares mientras satisfacen sexualmente a centenares de hombres privados de libertad.

*

La fiesta en el Rodeo I estaba en su apogeo. Mujeres iban sin conocer a su compañero. Algunas iban con comida, como para aparentar. Y todas iban bien maquilladas; con el nombre, el número de la cédula y del pabellón del macho escrito en un papel para evitar que la memoria les fallara. “Era una locura — confirma el *perrero*— para todos. Sobre todo, para matar el aburrimiento. Yo cada vez que mi mamá iba de visita le pedía más y más plata. No le decía para qué necesitaba el dinero por vergüenza”.

“Yo jamás participé en el negocio de mi Rada, pero me enteré por otra boca, y estuve a punto de dejarlo. Cómo era posible que mi negro anduviera en esas... de verdad, me costó creerlo hasta que él mismo y Cheo me explicaron”, cuenta la joven esposa de Radamés.

Una mujer promedio ganaba entre 80 mil y 100 mil Bs para mediados de 2007. Cheo relata sin ningún pudor, como si estuviera hablando de la administración de una bodega, que muchas veces cuando en un mes las chicas no estaban en su mejor condición, hacía un precio especial, un combo. “A veces me tocaban unas que bueno... estaban más acabadas que trapo viejo, las tetas por el piso, la cara llena e pepas y algunas hasta sin dientes. Entonces decidía armar un combo. Una jeva de estas iría a visitar a su macho correspondiente dos veces por 100 mil”, explica.

También recuerda que durante la época buchona³⁵, en los meses de mayor circulación de dinero, preparaba un paquete especial. “En diciembre hacíamos lo que no hacíamos en todo el año. Lo llamábamos *el aguinaldo*: eran tres veces con

³⁵ Época de prosperidad económica.

una misma jeva por 250 mil bolos. Tampoco había que ser tan boleta³⁶. Tú sabes, cada cierto tiempo parábamos el negocio pa' evitar culebras³⁷.”, comenta.

¿Condón? ¿Prevención? Esas palabras no existían en el penal. A la menor sugerencia de alguno de los compañeros, los otros se burlaban. “No, qué va, eso de usar el sombrerito es demasiado aburrido. No hay nada mejor que comerse el caramelo sin el papelito”, recuerda Carlos Luis que se decían entre ellos.

La Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA) confirma la opinión de *el perrero*: 80% de los adolescentes activos sexualmente en el país no utiliza ni métodos para prevenir embarazos no deseados, ni protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Las recomendaciones de la antigua División de Medicina Integral del MIJ, hoy conocida como Coordinación de Salud Integral de la Dirección de Servicios al Interno, pasaban inadvertidas. Las metas planteadas como parte de una política preventiva incluían la distribución selectiva de los condones en conjunto con programas de prevención de ITS. Pero el éxito de la prostitución clandestina, ejercida por hombres y para hombres, afectaba las posibilidades del desarrollo de estos planes.

Chagenis no era tonto. También sabía que las autoridades sanitarias no parecían tener el menor interés por acabar con el negocio del hermano de Radamés. “Yo nunca viví en el penal esa época, pero como siempre venía de visita sabía lo que pasaba. Allí todos se hacían los miopes”.

Así, con esta incipiente preocupación, el pequeño equipo que conformaba “Liberados en Marcha”, comenzó a planificar jornadas médicas en el Rodeo I. “No teníamos contacto con médicos, pero sabíamos que algo teníamos que hacer

³⁶ Boleta: sinónimo de evidente.

³⁷ Culebra: sinónimo de conflicto, problema.

porque aquello era como quien dice un desnalgue”. Con esta premisa como guía, y con la ayuda de Acción Solidaria organizaron, en marzo de 2006, la primera charla preventiva sobre el VIH en el piso 4 de la Torre, sede de la iglesia cristiana.

*

El Internado Judicial de Los Teques está localizado en la capital del estado Miranda, al norte de Venezuela. Para mediados del mes de julio de 2008, 660 hombres estaban reclusos tras sus rejas, a pesar de que las instalaciones, según el Observatorio Venezolano de Prisiones (OVP), están construidas para albergar sólo a 350.

También conocido, sobre todo, por quienes han trabajado detrás de sus paredes como “la cárcel de los ricos”³⁸, el retén de Los Teques fue para finales de 2007 el cuarto internado judicial más peligroso del país, de acuerdo con el informe de la *Situación Carcelaria Venezolana* de ese mismo período. Durante ese año fallecieron 26 personas y 86 resultaron heridas por diversos hechos violentos.

Pero más allá de los índices de violencia dentro de las penales como el de Los Teques, la muerte ha alarmado a todos, sobre todo, a quienes viven fuera de los recintos penitenciarios del país. El Concejo Municipal de “Simón Bolívar”, localizado en el estado Miranda, a dos horas de la ciudad capital, aprobó el pasado 22 de agosto de 2007 la primera discusión de la primera Ordenanza de Desarme de esa comunidad.

Pedro Áñez, uno de los ediles de este municipio, reiteró en una nota publicada en el diario *La voz* que esta normativa es un gran paso contra la prevención del delito. “Con esa ley se busca, en primer lugar, garantizar la seguridad de los habitantes del municipio (...) y en segundo lugar evitar que personas o grupos porten armas en forma ilegal” (p.6).

³⁸ Dentro de sus pabellones han estado reclusos extranjeros que entran al país con grandes sumas de dinero y que aun estando en la cárcel se ven beneficiados por esta condición económica.

De otro lado del estado Miranda, el gobierno local de Río Chico, ha exigido, al igual que otras comunidades populares de Caracas y del interior del país, mayor seguridad al Estado venezolano. “Vivimos alarmados por esta situación ya que en un día hay hasta 2 y 3 robos”, anuncia un comunicado de la Cámara de Comercio del Municipio Brión, citado en una nota del diario *La Voz*.

El alcalde de esa localidad, Emilio Ruiz, aseguró que en reiteradas oportunidades la colaboración de la Guardia Nacional es escasa porque en Río Chico los 20 efectivos policiales que patrullan las calles, también deben encargarse de vigilar el Municipio Andrés Bello, el más cercano a Río Chico.

La violencia parece esconderse, como una sombra, en todos lados. En lo que va de año, han fallecido 35 transportistas en Caracas, según José Luis Montoya, presidente del bloque de organizaciones del transporte del oeste de la capital. “Hasta el día de hoy [21 de agosto de 2008], más de 9 mil 500 personas han caído a manos del hampa en lo que va de año, entre los cuales se encuentran 35 conductores del transporte público y más de 35 mototaxistas”, declaró Montoya en una noticia publicada por el diario *La Voz*.

Roberto Briceño León, sociólogo experto en violencia y profesor de la Universidad Central de Venezuela, afirmó el pasado 21 de agosto, ante las cámaras del canal de noticias Globovisión, que el país superó las tasas de fallecidos por homicidio de Colombia, nación que entre los ochenta y noventa, contaba con altos índices de mortalidad por sucesos violentos.

“En Colombia para 1997 por cada 100 mil habitantes perecían 67 y en Venezuela, durante esa misma época, fallecían 19 por esa misma cantidad de ciudadanos. Para 2007, las cifras se han invertido: en Venezuela por cada 100 mil habitantes murieron 49 personas el año pasado, y en Colombia 38”, explicó.

Sin embargo, Ramón Rodríguez Chacín, décimo Ministro de Justicia en lo que va de gestión gubernamental, reafirmó en declaraciones pasadas que en Venezuela, según datos recopilados por ese gabinete, la seguridad ocupa el 4º lugar en la lista de preocupaciones de los venezolanos. Por encima, de acuerdo con Rodríguez Chacín, le anteceden la alimentación, la vivienda y el empleo.

Carmelo Romero coordinador del grupo de paramédicos cristianos de la Brigada de Auxilio Comunicaciones y Emergencias, tiene la convicción, más allá de las cifras que presentó el ministro, de que el incremento del número de muertos en las calles de Venezuela es una expresión menos agravada de lo que sucede en las cárceles. Para él, la misma infraestructura de penales como el de Los Teques contribuye al aumento de la cantidad de fallecidos que registra este centro de reclusión.

Ciertamente, el Internado Judicial de Los Teques simula la construcción de un pequeño edificio elaborado con piezas de Lego: líneas perfectas separan los cuatro pisos de la única torre que sirve para el supuesto control de los internos. Al fondo, una grande de pero deteriorada garita se asoma como el asta de una bandera. Debajo de ella, como espacio anexo al único edificio, una cancha sirve de recreación para quienes fuman, cantan o juegan baloncesto.

Justo allí, en el único territorio con mira al cielo, el 31 de diciembre de 2007, una tragedia empañó la celebración del nuevo año: Jesús Piñero murió después de accionar una granada que guardaba en su bolsillo. “Nos cayó como una sorpresa. Todos estábamos tranquilos cuando de repente *bum*, sonó aquello en la cancha”, relata Enmanuel, un interno de nacionalidad francesa. Junto con Jesús falleció Jonathan Pereira, y más de 60 reclusos presentaron heridas.

Muchos internos, como queriendo atemorizar a quienes no conocen esa historia, cuentan distintas versiones del hecho: que si la explotó voluntariamente, que si fue sin querer, que fue otro el que le metió la mano en el bolsillo. Sin embargo

para Zulay Arellano, enfermera con más de 5 años de experiencia en cárceles, la labor que los compañeros de los fallecidos realizaron ese día fue ejemplar. “Aquí nadie es amigo de nadie pero cuando uno ve cosas así, se te parte el alma. Yo supe por una colega que estaba de guardia durante esa tragedia que hasta quienes tenían culebras colaboraron para recoger los restos de los cuerpos que estallaron”.

Ella, a pesar de su dureza, cree que cuando los mismos internos se lo proponen, trabajan en equipo por una mejor supervivencia. Por eso decidió ser activista en la pesquisa del VIH organizada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia e integrada por miembros de ambos gabinetes y algunos voluntarios de Organizaciones No Gubernamentales. “Todos, negritos, flaquitos, bajitos, todos merecemos conocer qué carajo es eso que se llama Sida y como se transmite, sobre todo, los que están aquí, que viven en las peores condiciones del mundo”, explica.

Bajo este plan, Zulay Arellano comenzó invitando a cincuenta internos del pabellón 1 del retén de Los Teques a escuchar la charla preventiva sobre el VIH. No dio muchos rodeos. Sabía por experiencia que esos hombres no le prestarían mucha atención si se extendía mucho. “Venimos a realizar la prueba de VIH a quienes deseen hacérsela. Ojo, muchachos, no es obligatoria. Quien no quiera saber si tiene el virus, está en su derecho. Pero les pedimos que escuchen antes de irse esta charla preventiva. Porque el VIH puede contagiar a cualquiera, esté aquí o en la calle. No distingue a nadie”, reiteró.

“¿Alguien sabe que es el VIH?”, preguntó en voz alta dos veces. Un murmullo se escuchó pero ninguno de los hombres dijo nada. “¿Qué pasó, pues, el ratón Pérez les comió la lengua? No tengan miedo, carajo. Estoy no es un examen”, dijo Zulay.

“Bueno, doctora, yo creo que es una enfermedad que se pega cuando uno tira sin condón y que pa’ rematar te mata”, balbuceó uno de los cincuenta hombres,

escondido tras una toalla con la que se cubría la cabeza y la espalda. “Más o menos... estás caliente. ¿Alguien más quiere decir algo? ¿Alguien sabe cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?”, preguntó la fornida enfermera. “Sí, claro, si son lo mismo porque te llevan directo al otro mundo”, respondió enseguida un interno con trenzas en el cabello.

“Mira, papito mi rey, muy buena tu intervención, pero debo hacerte varias aclaratorias, que creo que son súper importante. El VIH y el SIDA no son ni pasaportes pa’ la muerte ni significan lo mismo. El VIH es un virus. No se pega así tan fácil como el de la gripe. Tú puede bañarte, compartir los cubiertos con una persona que tenga el virus sin necesidad de infectarte. Pero claro, ojo, es un virus especial, porque genera debilidad del sistema de defensa de nuestro cuerpo. Así, cuando este sistema falla caemos en la etapa SIDA, en la que la persona comienza a enfermarse progresivamente”, explicó Zulay.

“Fino, doctora, pero usted me está dando la razón. La gente que tiene ese virus se enferma poquito a poco; se muere, pues”, replicó el chico de trenzas.

“¡Excelente pregunta! Porque me haces ampliar más la explicación. Sí, es posible que una persona que tenga el VIH se muera pero sí y sólo sí no asiste al control médico. Lo importante es asistir con regularidad y hacerse los exámenes de laboratorio correspondientes... Por eso estamos aquí, porque queremos saber quiénes tienen el VIH y prevenir el desarrollo del síndrome”, concluyó Zulay.

“Es cierto, muchachos. Esta gente vino a ofrecerles una mano amiga. Yo no tendría por qué decirles esto, pero aquí tenemos unos cuantos casos con VIH. A ellos los trasladamos regularmente al Victorino Santaella para su chequeo regular. Queremos lo mejor para ustedes”, acotó la directora del penal, una rubia vestida con un mono deportivo blanquísimo y pegadísimo.

“No nos caigan a coba³⁹. Nojoda, si no pueden quitarme este maldito dolor de muela, ¿van a venir a curar a los sedosos?”, respondió con rabia un chico que se cubría el lado izquierdo de su rostro con la funda de la sábana, mientras salía del pabellón 1.

Abajo, en la parte inferior del Internado Judicial de Los Teques, otro grupo de voluntarios que también venían con la comisión del Ministerio de Justicia, dictaban una charla sobre VIH a un grupo de internos que reciben, aún, clases sobre primeros auxilios. “Shuuhhhhh, shuuuu... silencio, por favor, silencio que la señorita va hablar”, grito Carmelo Romero, el paramédico amigo de *Chagenis*, encargado de la jornada médica en el Rodeo I y profesor de Primeros Auxilios en este penal.

La audiencia era mucho más pequeña que la del pabellón 1. Justo ese día, 14 de julio de 2008, no habían asistido todos los estudiantes de Carmelo. Pero los pocos que estaban, casi todos extranjeros, prestaron mucha atención a la charla. Preguntaron de todo: cómo se transmitía el virus, cuándo darían los resultados, por qué no lo habían hecho antes e, incluso, uno de ellos, un joven italiano preguntó si tener el virus lo inhibía para ser papá.

La jornada planificada por la Coordinación de Salud Integral de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación al Recluso del MIJ y por el Programa Nacional de SIDA comenzaba con buen pie. El 14 de julio de 2008, primer día del estudio denominado “Programa Nacional de VIH y Tuberculosis en el Medio Penitenciario” más de 70 internos del retén de Los Teques habían asistido a la charla sobre VIH/SIDA.

Roberto Mosquera estaba feliz, goteando sudor, pero feliz. “Hicimos 108 diagnósticos de VIH, a pesar del incidente al final de la tarde”, comentó. Ese día, mientras el grupo de enfermeras dirigidas por Carmelo tomaban muestras de

³⁹ *Caer a cobas* es sinónimo de *decir mentiras*

sangre en una de las aulas educativas, dos tiros reventaron un bombillo largo de neón. “¡Todos al piso, carajo, todos! No alcen la cabeza”, grito Erick, un francés detenido por tráfico de drogas.

“Un, dos, tres, cuatro, cinco. Un, dos, tres, cuatro, cinco. Bang, bang bang”, se volvió a escuchar desde la cancha del penal. Las 10 mujeres que estaban allí parecían avestruces. Sólo una de ellas seguía parada, absorta hasta que los restos del vidrio de la ventana que estaba justo encima de su cabeza le rozaron los brazos y el rostro. “¡Mierda, mierda!” grito desesperada.

Roberto no quería reconocerlo en público. Estaba preocupado. Tenía miedo porque una de las chicas que estaba con Carmelo comenzó con un ataque de asma. No había razón para alarmarse: los gritos y los tiros eran el regalo de despedida, eran un gesto para celebrar la libertad de seis internos que regresaban a la calle ese 14 de julio.

Para evitar este tipo de incidentes, la Dirección de Custodia y Rehabilitación del Recluso dio vida hace tres años al Equipo de Reacción Inmediata de Custodia, también conocido por las siglas E.R.I.C., con el fin de organizar requisas ordinarias y extraordinarias exigidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El día de esa primera jornada de pesquisa del VIH en el retén de Los Teques, después de que todo pasó, él, de aspecto desenfadado, creyó recuperar su sonrisa. Pero una sombría preocupación azuzó a los voluntarios de ONG, a las enfermeras cristianas, a las enfermeras de Sanidad... a todos, incluso, a Roberto.

“Es increíble. De 20 chamos con los que hablé sólo uno me dijo que usaba condón y porque no confiaba en la pareja. Nada más por eso”, decía mientras trataba de peinarse con las manos. “Ahí, mi rey, y eso que no has visto nada. Es que ni

cuando les das condones de sabores o con textura, esos condenados lo usan. Al venezolano no le gusta usar condón”, replicó Zulay.

*

La camisa estaba roída. Tenía el cuello anchísimo y amarillo. Se le habían borrado las letras que tenía en la parte delantera. Sólo tenía una estampa borrosa de un Tazmania. Cuando *El Mikiti* y *Said* la veían se reían compulsivamente; les daba asco. Para Carlos Luis ese trapo era tanpreciado como la fotografía de su mamá y sus hermanos. Su corazón, recuerda, latía con fuerza cuando pasaba días sin tocarla. Porque ella, la camisa destruida de Tazmania, era el único vestigio de la mujer que lo había hecho más feliz en la vida.

Se llamaba Keyla. “Tenía unos piernones y la boca más jugosa que he visto. Siempre pintadita, olorosita a Tommy Hilfiger de mujer; combinadita: las cholitas rosadas, la correa rosada, unos ganchitos rosados y esa melena de leona...Es que eso era, *mi leona*”, recuerda *el perrero*.

Se conocieron gracias al negocio de Cheo, el hermano de Radamés. Fue a finales de abril de 2003 cuando tuvieron su primer encuentro sexual. En su memoria está tan viva esa historia que no halla por donde empezar a contarla. Calla. Respira profundo, como queriendo tragarse al mundo con una sola bocanada de aire. Ve alrededor. No quiere contar nada. Tiene miedo de que sus amigos lo escuchen. “Qué va, después quien aguanta el chaleco de maricón soy yo”.

Carlos Luis intenta por primera vez ser discreto, pero no lo logra. Porque en una estampida sus palabras comienzan a fluir sin cesar. “De esa jeva me enamoré tanto que aún me cuesta botar la única camisa que me dejó”. Keyla apareció como se fue. Sin explicación ninguna. No participó directamente en el negocio de Cheo. Ella, como recuerda *el perrero*, acompañó a una amiga apodada Heidi un miércoles 5 de marzo al Rodeo I.

“Vino porque y que la Heidi no quería venir sola... Pero qué va, después todos supimos que esa Heidi estaba más corrida que una plaza de toros”, relata. Keyla se quedó conversando con un amigo de su hermano que estaba preso por hurto, mientras la Heidi cumplía con su cometido en una de las colchonetas.

“Es que lo juro. Desde que la vi me dejó con la boca abierta”. Carlos Luis fue directo a su encuentro. La cortejó, le compró un par de chocolates, le brindó un café, pero ella nada. Un mes después, Keyla hizo su primera visita oficial en la colchoneta de Carlos Luis.

En el pabellón de *El Tren del Sur* no sólo estaban sus secuaces, allí, en una esquina negruzca se le iban los mejores días, los días más esperados a Carlos Luis. “Yo no sé ni cuántas veces le dije en la pata de la oreja a Keyla cuánto la quería y cuánto le quería hacer... Dios, hubiera podido tirar⁴⁰ con ella una semana seguida sin parar”, cuenta con picardía.

“Nunca me cuidé con ella, nunca. Lo nuestro es jugar cada vez que nos veíamos. Era una vaina arrecha, porque mi compadre de aquí abajo andaba siempre encarpao⁴¹”. Carlos Luis nunca se cuidó con ella ni con las que también se revolcaron en su cuchitril para ayudarlo a olvidarla. “Al final, resultó ser una más, una perra más. Un día se fue. Me dijo que estaba harta de mis cuentos de mentira. Supe por un pana que está con una barriga”.

Él, Carlos Luis, que se había ganado el respeto de sus compañeros de celda, no estaba dispuesto a humillarse ante todos por la traición de Keyla. Fue después de la partida de la morena de piernas gordas cuando *el perrero* comenzó, según cuenta, su parranda en la cama. “Nojoda, yo me gastaba la plata que me mandaba

⁴⁰ Tirar es sinónimo de mantener relaciones sexuales.

⁴¹ En Venezuela, la palabra *encarpao* hace referencia a la erección del pene.

mi mamá en putas y en monte. Y sí, verga, muchas veces me dio paja con ella, pero tenía que comportarme como un macho”.

Del Barrio La Pedrera, de la parte de debajo de Antímano; la hermana de un pana, todas pasaron por su colchoneta y con ninguna usó preservativo. “Jamás lo he usado, porque no me gusta. Me parece tan mongólico usarlo”, explica. Su descuido le trajo graves consecuencias ese 15 de mayo de 2005, cuando Carmelo le entregó el resultado en sus manos: Carlos Luis era VIH positivo.

Para él la culpa la tenía la punzada que había sentido en la pierna en enero de ese mismo año cuando se enfrentaron *El Tren del Sur* y *Los macacos*. “Yo había escuchado que así también se podía pegar el SIDA. Y eso fue lo primero que pensé, porque me empecé a sentir como raro después de esa pelea”.

“Estaba de anteojito —le dijo Carmelo, después de que le entregó la prueba confirmatoria de la infección por el virus—, porque si no has usado preservativo con ninguna de tus parejas, alguna de ellas te contagió”.

A Carlos Luis hoy día le cuesta asumir esa posibilidad. Sabe que las probabilidades son muy altas porque se acostó con más de 5 chicas que estaban inmersas en la red de prostitución manejada por Cheo. Pero aún hoy día tienes sus dudas. “Yo todavía me preguntó si no habrá sido por la pinchada aquella del hijo e puta de *Los macacos*. ¿Y si tenía VIH?”.

Pero del otro lado del estado mirandino, en el Internado Judicial de Los Teques, Ramón Lugo sabe, porque Carmelo Romero lo ha formado como promotor de educación sexual e ITS, que las probabilidades de la infección por este supuesto pinchazo, pueden ser pocas. “Quizás sí podría tener alguna consecuencia el hecho de que alguien que tú no sepas si tiene o no el virus te pinché con algo. Pero si a ver vamos, la actividad sexual con prostitutas y con altas frecuencias es la vía más segura”, explica mientras analiza, sin conocer a fondo, el caso de Carlos Luis

*

Ramón Lugo, oloroso a colonia y sin un rastro que evidencie una mal afeitada, aparenta más edad de la que tiene. Es alto, con piel de melaza y, desde hace 4 años vive con VIH. Nació el 24 de septiembre de 1980 en La Vega, en Caracas, y asegura que tiene una familia enorme. “Me crié en un hogar muy humilde, con la figura de mi mamá y de mi papá, mis primos, mis tíos. Cuando nos reuníamos en Navidad o en alguna fiesta especial éramos como 50”.

Desde hace 4 años, las cosas cambiaron para Ramón. “Por una bendito capricho estoy aquí”. La justicia venezolana lo condenó a cinco años de presidio por el delito de secuestro, previsto en el artículo 462 del Código Penal Venezolano. “Mi condena sólo fue de cinco años porque no fue secuestro por extorsión... Bueno, mejor dicho, yo estoy aquí pagando por una equivocación”.

Ramón vivía feliz en Cartagena de Indias, con su esposa y sus dos niños cuando conoció a la culpable, como dice él, de su encierro. “Yo mismo me jodí. Me encapriché con niña de 17 años, bella pero que tenía a una mamá terrible. Nos escapamos un par de veces a la playa. Hasta que un día me agarró la Policía de Baruta en Bello Monte. Yo no lo sabía pero la vieja coño e madre esa me había denunciado ante el CICPC como secuestrador. Y aquí estoy. No me costó demostrar que no era secuestro por plata, pero ante las autoridades quedé como un secuestrador igual. La chamita era menor de edad”.

Era soldado de la Guardia Nacional por necesidad. Pero soñó toda la vida con ser una gran deportista, y por un tiempo corto lo fue. Perteneció durante 4 años a la Selección Nacional de Lucha Libre. “Por eso es que me ves así, redondito — cuenta mientras estira el torso de su cuerpo—; creo que me conservo bien. Voy dos veces por semana al Especial⁴² para mantener”.

⁴²El *Especial* es el conocido *pabellón de los ricos*, del Internado Judicial de Los Teques. El permiso para vivir allí cuesta 3 mil Bs F hasta la fecha. Allí, habita un número considerable de

Antes de dedicarse a la vida militar, trabajó en el Cuerpo de Bomberos cercano a la estación del metro de Plaza Venezuela. “Ingresé en la FAN (Fuerzas Armadas Nacionales) pensando en el futuro de mi familia. Cuando me inscribí tenía 18 años y ya tenía una niña de tres años y mi esposa estaba embarazada de mi primer varón”.

Antes de tener siquiera su bigotillo de adolescente, Ramón había decidido casarse. Tenía tan sólo 14 años cuando les pidió a sus padres autorización para el matrimonio. Ese moreno gordito, sonriente y de espalda ancha que aparece en la fotografía que conserva consigo estaba enamorado de una mujer de 45 años. “Mi ex mujer era toda una señora cuando nos comprometimos. Tenía una larga carrera dentro de la guardia marítima colombiana, y por eso decidimos hacer nuestra unión formal, para que ella siguiera su carrera y que yo también comenzara la mía”, cuenta.

Vivieron 13 años juntos, la edad que tiene su hija mayor, en Cartagena de Indias. Pero Ramón venía a Venezuela con muchísima regularidad. Fue así, y con un permiso especial, que se convirtió en Guardia Nacional y trabajó como bombero. Venía por razones de peso: ayudar a sus papás económicamente, presentarse ante sus superiores y, también, a frecuentar algunas tascas. “Yo no cambio ni a la mujer venezolana, ni la vida nocturna de mi país... Por eso es que estoy aquí y por eso es que tengo VIH”, cuenta con orgullo.

Bonachón y educado, Ramón no tiene vergüenza para gritarle al mundo, literalmente, que vive con el virus. “Aquí todos los que me conocen lo saben. Yo no tengo por qué esconderlo. No es un pecado”. Y tampoco le da pena decir cómo se infectó.

internos por delito de tráfico de drogas. Parte del piso está cubierto de cerámica. Tiene un pequeño gimnasio y está cómodamente amoblado.

“Antes de meterme conocer a la chica de 17 años, salí con una barloventeña dos años. Con ella tuve mi segundo varón, Gabrielito, que tiene seis años. Claro, todo esto lo hacía sin que mi mujer supiera”, aclara.

“Luego salí con otra morena, también rellenita, como me gustan. Nunca supe que hacía antes de conocerla, pero no podía haber sido algo bueno porque la conocí en un botiquín de mala muerte en la avenida Panteón. Igual, me gustaba, así que pues me la lleve a la cama, y tengo que confesarlo, era una fiera”.

“Un día, de regreso de uno de los viajes a Colombia, la vi más flaca. No sé. Raro, raro. Descubrí en el closet una caja de zapatos con exámenes médicos y fue cuando me asuste y me dije «mierda, esta caraja puede tener SIDA»”.

Ramón estaba decidido. O lo hacía por las buenas, o lo hacía por las malas. Quería saber si la morena tenía o no VIH. Ella, cuenta él, se resistió. Grito improprios, le rompió un jarra de jugo en la cabeza, pero no pudo contener la fuerza del ex luchador. Ramón la esposó, la metió en la maleta del carro y la llevó directo al laboratorio del Fuerte Tiuna.

“Doctor, por favor venga conmigo hasta mi carro —le dijo al médico que estaba de guardia—; allí está mi mujer. Una semana después tenían el resultado: ambos eran portadores del VIH. “A esa puta la boté de mi casa sin pensarlo. No sé nada de ella y ni quiero saber”.

Hoy día, Ramón se ha ganado el respeto de muchos de sus pares. Es Jefe de Mantenimiento General de Internado Judicial de Los Teques y trabaja como paramédico en la farmacia del penal. Por ser militar, duerme en un pabellón, separado del resto de los internos. Allí, tiene una gran cama matrimonial, televisor, DVD y una biblioteca. “De aquí me llevo una mala experiencia, pero muy buenos amigos, sobre todo, extranjeros”, cuenta.

Ramón está muy, muy contento. Uno de sus mejores compinches saldrá en libertad para finales de julio de 2008. “*El portugués*, como le decimos aquí, no sólo es mi compañero aquí; compartimos el estigma del VIH”, relata Ramón.

*

Pedro Manuel Goncalves, conocido como *el portugués*, cayó preso como caen 99% de los extranjeros: por tráfico de drogas, asegura Mauro Bracho, Director de Servicios al Interno del Ministerio de Relaciones Interiores y Justicia. “El porcentaje restante siempre es el grupo de extranjeros que tienen algún tiempo aquí en el país y que cometen algún otro delito”, apunta.

El portugués es muy blanco y muy velludo: de las orejas y de las manos brotan oscurísimos hilos negros que cuando se unen asemejan a una enredadera. Habla fluidamente español y camina arrastrando los pies, como si le pesara el cuerpo. Y le pesa, desde hace un año le pesa más que nunca.

Llegó a Venezuela a mediados de 2006 con el estómago lleno de dediles de cocaína. Lo detuvo un GN, justo antes de salir de las puertas del Aeropuerto Internacional Simón Bolívar. Había franqueado todas las barreras anteriores, pero un guardia lo observó inquieto, sobándose el estómago antes de tomar un taxi. “No me salvé. Estuve a punto pero no me salvé”. Lo sentenciaron, según el artículo 367 del Código Penal Venezolano, a 4 años y ocho meses por tráfico de estupefacientes.

Desde que llegó al país, sólo conoce el Internado Judicial de Los Teques. “Nada más recuerdo el traslado desde La Guaira hasta Caracas... Me hubiera gustado conocer El Ávila”, relata feliz porque sabe que regresará a su país. “No quiero volver a pisar esta tierra. No la odio, pero aquí se vive muy mal. No entiendo cómo un país tan rico es tan pobre al mismo tiempo”.

Gracias a una medida humanitaria declarada por el tribunal que lo juzgó, regresará a Lisboa para principios de agosto de 2008. El MIJ en conjunto con la Embajada de Portugal le otorgó a Pedro Manuel Goncalves la libertad condicional, basándose en las pautas sugeridas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la recomendación propuesta, en junio de 1988, por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Esta medida propone transferir a hospitales especializados a las personas privadas de libertad que padecen enfermedades potencialmente mortales, como el SIDA.

Llegará a Lisboa después de que concluya los trámites legales con la justicia venezolana y de que asista a su última consulta médica. “Yo no sabía que tenía VIH cuando llegué a Venezuela. Si lo hubiese sabido jamás me habría subido a ese avión”, narra *el portugués*.

Ramón recuerda con claridad cómo su amigo comenzó a deteriorarse. “El pobre hombre tosía y tosía y tosía. Y de repente comenzó a bajar de peso. No quería comer. Cuando decidió ir a la enfermería ya muchos rumoreaban que tenía SIDA. Y cuando el agua corre es porque piedras trae”.

El portugués no es ni el primero y probablemente no será el último extranjero privado de libertad con VIH. Roberto Mosquera, coordinador de Salud de todos los centros penitenciarios, lamenta no tener cifra de cuántos internos tienen VIH. “Es muy difícil dar una cifra precisa. La prueba es voluntaria; eso marca una diferencia sustancial. En el Rodeo I, por ejemplo, tenemos 8 casos vistos y tratados”.

De lo que sí cree estar seguro es que en el retén de Los Teques se encuentra la mayor población infectada de VIH. “Tampoco manejo una cifra, pero tenemos un número considerable de personas que viven con VIH”. No dice más. No quiere dar cifras porque no quiere comprometerse. Sin embargo, Zulay Arellano, quien trabajó 5 meses de 2007 en la enfermería de esa cárcel, cree que existen, por lo

menos, 13 casos. “Probablemente, conocí todos los casos clínicos que existían hasta finales de 2007. Eran 13. Quizás ahora hay más”.

Zulay ya no trabaja más allí. De Los Teques la trasladaron, de nuevo, al retén de La Planta. Después de casi seis años trabajando con hombres detenidos aprendió una premisa de vida para la mayoría de ellos. “Puedo asegurar que ninguno de los internos que yo atendí, que fueron más de 100, usa condón. Qué va. Todos dicen lo mismo: es una ladilla”.

Carlos Quijada, oftalmólogo y médico sexólogo del Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, tiene una explicación para este comportamiento. “Las diferencias entre el hombres y la mujeres parten de variaciones biológicas que permiten describir la conducta sexual. Tengo más 10 años trabajando con hombres venezolanos y puedo asegurar una cosa: el sueño ideal de un hombre es mantener relaciones con más de una mujer sin ningún tipo de protección. Y esto no es gratuito. Según estudios realizados, a mayor número de parejas, menor discriminación y mayor aceptación social”, explica.

En palabras del psicólogo Carlos Rivas: “Detrás del no uso del preservativo existe algo más poderoso: el machismo, como discurso que no sólo define qué es lo femenino, sino que estructura la masculinidad. La conformación de la sexualidad se asemeja a la producción de una ideología. Y el machismo, el no uso del condón, están allí en la cultura venezolana como un referente imaginario de lo que es ser hombre”.

Para Leoncio Barrios las cifras recientes publicadas por AVESA probablemente no reflejen la verdadera conducta de los venezolanos ante el condón. Las conclusiones de su más reciente investigación presentada en la XVII Conferencia Internacional de Sida 2008, titulada *Conducta sexual y uso del condón en hombres de Caracas*, ofrece una visión más esclarecedora. “El condón es el método de protección más usado por los hombres, básicamente para protegerse de

ITS. La mayoría de los hombres encuestados [400 caraqueños, entre 18 y 55 años y de diferentes niveles educativos] tienen una imagen y una actitud positiva acerca del uso del condón. Sin embargo, sólo una cuarta parte lo usa constantemente”.

De este grupo de fans del preservativo, los jóvenes llevan la batuta: 40% tiene una mediana o alta percepción de riesgo de infectarse con alguna ITS. “[Esta actitud] indica que las nuevas generaciones tienen mayor conciencia de la protección sexual y (...) es proclive a asumir conductas de prevención con campañas dirigidas a tal fin” (Barrios, 2008, p.2).

No obstante, todavía existe un alto porcentaje de hombres que no tiene como hábito el uso del preservativo: sólo uno de cada cuatro hombres encuestados por el equipo de Barrios lo utilizó durante las tres últimas relaciones sexuales y 40% no lo usó durante el mismo número de relaciones.

Para el 70% «cuidarse sexualmente» significa «usar condón», básicamente para protegerse de «las infecciones sexuales». Menos del 5% refirió la protección del embarazo (...). En cuanto a las creencias y actitudes acerca del uso del condón se encuentra que las respuestas deseadas siempre son mayoría con una excepción: «el condón resta sensibilidad», lo cual señala a esta creencia como la mayor resistencia masculina para el uso del condón (Barrios, 2008, p.2).

Lamentablemente, la ausencia voluntaria o involuntaria de mecanismos de protección tiene un costo: el riesgo de adquirir alguna ITS durante relaciones sexuales se incrementa. De acuerdo con el informe *Yo decido: hablemos de maternidad y paternidad adolescente, VIH/SIDA, violencia doméstica*, publicado en 2006 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (UNFPA), este riesgo es de 2 a 4 veces mayor para una mujer que para un hombre. Asimismo, de las personas que se contagian con alguna ITS, 20% corresponde al grupo de los adolescentes.

Ángela Posada, bioanalista y Coordinadora Adjunta del Programa de Extensión Penitenciaria de la UCV, señala que los últimos resultados sobre ITS en Venezuela que este departamento pudo obtener y publicar corresponden a 1999. Para ese año, la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social registró un total de 21.233 casos de infecciones sexuales. “Siempre ha sido difícil tener estos datos, porque ni siquiera hoy día están publicados en la página del ministerio”, apunta.

Si bien no existen cifras oficiales publicadas y actualizadas sobre la incidencia, o el ritmo de casos nuevos de ITS, el Informe Sombra, referido por AVESA y Acción Ciudadana Contra el SIDA en 2008, para finales de este milenio se registraron en Venezuela 39.969 casos de ITS.

En esta misma línea de investigación, la cátedra de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas (HUC) analizó el comportamiento de las ITS entre 1993 y 2003. Aun cuando se elaboró con una muestra de 12.474 nuevos casos, los resultados fueron esclarecedores. Las infecciones más comunes halladas fueron la sífilis y el Virus de Papiloma Humano (VPH). Desde 1993 hasta 2003, los casos de sífilis pasaron de 16 a 36% y los de VPH de 23 a 30%.

Sin embargo, y sin querer omitir el impacto y la evolución de nuevos casos de las ITS, Posada asegura que las consecuencias que ellas generan, a veces, pueden ser de mayor envergadura. “Es importante recordar lo que dice Wasserheit —científico citado en varios de sus trabajos—: una persona con una ITS tiene de dos a cinco veces más probabilidades de contraer el VIH debido a las lesiones y a la respuesta del sistema inmune ante la infección”, explica.

Y a pesar de que en el mismo trabajo de investigación del HUC sostiene que el número de pacientes en estado terminal por el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana ha descendido, se incrementó el número de personas que adquirieron el VIH.

“Si afuera, en la calle, muchos callan o no saben qué tienen alguna infección, hay que darle una mano a la imaginación pensar qué sucede en la cárcel. Nuestros penales y los de la mayoría de los países latinoamericanos son focos de muchas infecciones. La carencia de recursos, las condiciones de salubridad, la mala alimentación, el hacinamiento y la casi nula asistencia médica estimulan el desarrollo de enfermedades”, señala Mauricio Gutiérrez, miembro de Acción Solidaria.

Ramón y Pedro Manuel forman parte del número de personas que para este milenio viven con VIH. Nunca lo pensaron, ni lo buscaron de forma activa. Simplemente, se infectaron. “Yo ahora sé que aquello que antes me molestaba y no me gustaba usar será mi compañero de vida, y no sólo por mi vida si no por la pareja que espero tener a mi lado en un futuro”, relata Ramón.

CAPÍTULO IV: Carrera contra la muerte

Qué tiempos serán los que vivimos, que hay que defender lo obvio

Berthold Brecht

—“Ca-ta-ra-tas, Michell, eso es lo que dicen que tienes. Cataratas

—*Have I what?*⁴³

—*Cataracts, men, because of it see blurry and can't stand the light*⁴⁴

Michell⁴⁵ guarda silencio, mientras aprieta las manos. Eduardo, su traductor, conversa con Sandra Hernández, presidenta de la Fundación Fredoom, encargada de prestar apoyo familiar a los extranjeros privados de libertad en Venezuela.

Michell es uno de ellos. Sentado en un pupitre delantero de una de las aulas educativas del Internado Judicial de Los Teques intenta conversar con Sandra, a través de Eduardo, sobre la posibilidad de obtener el traslado a un centro de detención de su país, Sudáfrica. Quiere, como traduce su compañero, “morir en su tierra”.

Tiene 55 años de edad, pero aparenta casi 70: tiene SIDA. Llegó al país hace menos de un año por tráfico de drogas. “Cuando yo lo conocí ya tenía el virus, pero poco a poco ha empeorado”, cuenta Eduardo, su fiel traductor y lazarillo.

No puede caminar solo desde hace tres meses porque si bien conserva el brillo de sus ojos grandísimos y azulísimos, tiene cataratas en evolución. Es extremadamente delgado. “Yo creo que no pesa ni 45 kilos”, dice Eduardo. Pero aún conserva una voz fuerte. Tampoco habla español, a pesar de que entiende algunas cosas.

⁴³ En español significa: *¿tengo qué?*

⁴⁴ En español significa: *por eso ves borroso y no aguantas la luz.*

⁴⁵ Prefirió utilizar un seudónimo para proteger su integridad.

Michell no quiere hablar. Está cansado y tiene frío. Ese día, 14 de julio de 2008, bajó al salón porque sabía que vendría un grupo del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Salud a realizar una charla. “Sólo quiero irme a mi casa. Me quiero morir con mi familia”, traduce Eduardo, mientras Sandra toma notas de su expediente.

La Embajada de la República de Sudáfrica logró obtener a través del ente judicial venezolano una medida humanitaria para Michell. Él, al igual que *el portugués*, tiene un permiso que le otorga libertad condicional por su estado de salud. Sin embargo el MIJ, por una recomendación del Ministerio de Salud, no quiere autorizar el regreso por razón: su visión. “Hasta que no lo operen de las cataratas, no puede salir para Sudáfrica. Así mismo. Eso fue lo que nos dijeron en la dirección”, argumenta Roberto Mosquera, coordinador de la jornada de salud que se organizó para ese 14 de julio en el retén de Los Teques.

Y Michell lo sabe. Se lo repite una y otra vez a Sandra mientras se agarra del borde del pupitre con fuerza. “Quiero morir en mi país”.

*

En el informe 2007 sobre la situación de la epidemia, elaborado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se estima que hasta el año pasado 33, 2 millones de personas vivían con el virus. “Cada día más de 6.800 personas contraen la infección por VIH y más de 5.700 fallecen por el desarrollo del síndrome, en la mayoría de los casos de debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento” (p.4).

La investigación realizada en todos los continentes del mundo sugiere dos patrones de comportamiento de la pandemia. En primer lugar, epidemias generalizadas en países de la parte meridional de África Subsahariana, población

que sigue siendo la más afectada de todo el globo terráqueo. “Más de dos tercios (68%) de todas las personas que viven con VIH habitan en esta región, donde se produjeron más de tres cuartos (76%) de todos los fallecimientos por SIDA en 2007” (p.54).

En segundo lugar, el VIH/SIDA se concentra entre poblaciones de mayor riesgo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus parejas habituales.

Michell no conoce ni estadísticas precisas, ni datos aproximados sobre el número de personas que tienen VIH/SIDA. Pero sabe por experiencia ajena y propia, que en su continente y en su país muchísimos mueren por causa de este virus. Cuenta en un inglés fluido, mientras traduce Eduardo, cómo vivió en Sudáfrica.

“Gracias a Dios y a mis antepasados, tengo una buena casa en Johannesburgo, grande, con flores. No podía quejarme, y menos cuando vi a mucha gente que quise morir por SIDA: la hija de una empleada, un amigo del trabajo que era hemofílico, dos primos. Casi todos se enteraron muy tarde, como yo”.

Quiere regresar a su cuarto porque tiene frío. Lleva un suéter tejido muy grueso, una camisa manga larga, pantalón de vestir y medias oscuras. Sabe que su esperanza de vida es poca: tiene una neumonía avanzada, se está quedando ciego y ha perdido el apetito. Y también sabe que si llegara a regresar a su país, la tristeza lo embargaría. “Pensar que soy un sudafricano más con SIDA me hace sentir más miserable”, traduce Eduardo.

En 2007, la tendencia de la epidemia del SIDA en África siguió el mismo ritmo registrado en años anteriores. Para ONUSIDA, el sur de África, conocido también como África Subsahariana o meridional, es la región más castigada de ese continente: se produjo casi un tercio (32%) de nuevos casos infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Sudáfrica es la nación más austral de África y, también según ONUSIDA, el país con el mayor número de infecciones de VIH en el mundo. En 2006, el Departamento de Salud de esta república calculó que 18,3% de personas entre 15 y 49 años vivían con el virus. Esta cifra no sólo generó una alarma mundial; redujo a la expectativa de vida de 49 años para los hombres y casi 53 para las mujeres y, lamentablemente, estuvo a punto de confirmar la hipótesis propuesta por el Banco Mundial en 1985.

Un informe de este organismo internacional elaborado hace más dos décadas estimó que la esperanza de vida de los países pertenecientes a África Subsahariana pasaría de 50 años en 1985 a 45 en el 2010. Para desgracia de muchos o de casi todos, Sudáfrica casi alcanza la estimación del Banco Mundial cuatro años antes del período temporal de comparación.

En Sudáfrica la transmisión del virus mediante uso de drogas inyectables se ha incrementado progresivamente. Si bien ONUSIDA asegura que este fenómeno es novedoso en África meridional, en la república más sureña de ese continente el impacto tiene consideraciones relevantes. Un estudio elaborado por Parry y Pithey en 2006, y citado en el informe de ONUSIDA, midió el nivel de VIH entre usuarios de drogas inyectables encarcelados en tres ciudades de Sudáfrica (Durban, Pretoria y Ciudad del Cabo) y encontró una prevalencia de 20%. Es decir, del número total de personas que viven hoy día con VIH en Sudáfrica este porcentaje se asemeja a los niveles de infección de la población en general

Aun cuando en países como Sudáfrica, los nuevos casos se incrementaron en 2007, en América Latina la epidemia se mantiene estable. Según ONUSIDA, la transmisión regular del VIH se produce en dos de las cuatro poblaciones de mayor riesgo de exposición: los profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina es de 1,6 millones de personas. Según las investigaciones, aproximadamente 58.000 víctimas fallecieron a causa del SIDA durante el pasado año. Y si bien este informe no señala el comportamiento de la epidemia en Venezuela, Ernesto Alayo, médico infectólogo del HUC, estima que en el país existen cerca de 50 mil personas infectadas con el virus.

“Es muy difícil llevar un control exhaustivo porque existe mucha gente que tiene el virus pero no desea saber qué puede o debe hacer...Y si existe algo que también ha contribuido a reducir la mortalidad asociada al virus es el acceso al tratamiento gratuito”, explica.

De acuerdo con una noticia publicada en marzo de 2007 en el portal de la agenda de noticias Inter Press Service (IPS), el Ministerio de Salud registró 56.564 personas infectadas con el VIH hasta mediados de 2004, cuando la población total de la nación llegaba a los 25 millones.

Por su parte, este mismo ministerio, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicó en informe un registro de número de casos de infección VIH menor que los mencionados por Inter Press Service. Según el documento, para final de 2005 se habían reportado 53.465 personas con el virus. “La situación de VIH/SIDA es teóricamente la de una epidemia concentrada, con una prevalencia en población de 15 a 49 años” (p.37).

Asimismo, este estudio ofrece datos sobre la incidencia del virus en la población venezolana, masculina y femenina. “Entre 1990 y 1994 los resultados muestran una relación de 9.8 hombres por mujer y entre 2000 y 2004 muestran una razón de 3 hombres por cada mujer, lo cual pone en evidencia el aumento del VIH en grupos de mujeres” (p.37).

En una entrevista publicada en el diario *El Nacional* el 1° de diciembre de 2006, Daisy Matos, coordinadora del Programa Nacional VIH/SIDA, señaló que entre 1982 —fecha del primer diagnóstico de VIH en el país— y 2006 se reportaron 63.000 casos de infección por el virus.

Esta cifra coincide con la estimación de la Sociedad Venezolana de Infectología. En una nota de prensa publicada a finales de 2007 en el portal digital, esta asociación calcula que en Venezuela existen más de 62.000 casos reportados desde el comienzo de la epidemia y estima que hay entre 100.000 y 150.000 personas infectadas de las que aún el Estado no lleva el control.

Sin embargo, Ibrahim Cordero asegura que estos números son insuficientes para reflejar el impacto de la epidemia del SIDA. “Garantizar el tratamiento a quienes padecen las consecuencias de la infección es importante, pero no más que la etiqueta denigrante asociada al SIDA”, explica.

Cordero, docente y promotor voluntario de ITS, VIH/SIDA y educación sexual en varias Organizaciones No Gubernamentales (ONG), considera que más allá de la atención médica especializada, debe existir mayor preocupación por la discriminación que se esconde detrás de la definición del síndrome. “De nada sirve que nosotros, como ciudadanos, repitamos como loros que es el VIH, cómo se transmite, o qué consecuencias tiene, si no focalizamos el punto más importante: los valores y la educación. Cómo nos quitamos esa máscara que muestra al SIDA como una enfermedad de putas, maricos y drogadictos. Allí está la clave. Debemos hacer entender que el virus puede instalarse en cualquier ser humano: rico, pobre, homosexual... en cualquiera”, reitera.

En este sentido, ONUSIDA publicó en abril de 2005 un informe dedicado a presentar las campañas exitosas para dejar a un lado esa etiqueta llamada discriminación. El documento, titulado *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionadas con el VIH: estudio de casos de*

intervenciones exitosas, no sólo expone más de 20 experiencias positivas; define, de antemano, la importancia de comprender qué es un estigma y qué significa la discriminación.

“El estigma se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo ante los ojos de los demás” (p.9), explica el informe, de acuerdo con la definición propuesta por Goffman en *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. Cuando este proceso llega al clímax, cuando los atributos negativos asociados a un grupo refuerzan un tipo de distinción que excluye, se habla de discriminación.

“Más sencillo aún —explica Cordero— cuando vemos a un homosexual con cierto recelo y quizás hasta con asco y trasladamos esta visión a la concepción de la homosexualidad, allí nos hacemos cómplices de la verdadera plaga del hombre: la discriminación”.

Por querer reducir el impacto del estigma y de la epidemia, ONUSIDA explica cómo, por ejemplo, en Belarús la ONG “Movimiento Positivo” fundada con la finalidad de proporcionar apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares, puso en marcha dos proyectos: “Suministro de servicios integrales y de calidad para la prevención del VIH entre los consumidores de drogas de Belarús” y “Participación de las personas que viven con el VH en actividades de prevención del VIH/SIDA”.

De estos dos planes, el segundo ha tenido una receptividad importante, sobre todo, entre quienes están infectados. Muchos bielorrusos que viven con el virus ahora han asumido el liderazgo en actividades de apoyo y educación sobre el VIH. Algunos de ellos prestan asesoría telefónica sobre temas relacionados con la infección. Otros, durante 2002, decidieron hacer pública su historia de vida para servir de ejemplo, en especial, para quienes aún desconocen cuáles son las vías de transmisión.

En Sudáfrica, país con el mayor número de infecciones por VIH en el mundo, la televisión ha logrado cambios significativos en materia educativa y preventiva.

Desde 1992, la ONG Soul City incorpora temas de salud y desarrollo en dramas de radio y televisión con el fin de orientar a millones de ciudadanos sobre el origen y las consecuencias de la tuberculosis, los daños colaterales del tabaco y las drogas, la violación de los derechos humanos de las mujeres, de los niños y de las personas que viven con VIH.

Hasta la fecha, Soul City ha producido y transmitido cinco series de televisión, de 13 episodios cada una. Los resultados expuestos en el informe de ONUSIDA ofrecen hallazgos de gran importancia. "Una evaluación interna de la segunda serie reveló que (...) las actitudes hacia las personas que viven con el VIH habían mejorado como resultado del seguimiento del programa (p.48).

En cuanto a las actitudes hacia las personas infectadas con el virus, el estudio de impacto sobre la cuarta serie —dedicado al estigma y la discriminación asociados el SIDA—también arrojó aportes significativos. "Cuanto mayor era el seguimiento de una persona de la programación de Soul City, mayor era el desplazamiento hacia una mayor tolerancia" (p.48).

Paralelamente, Soul City ha editado una serie de folletos educativos sobre el virus y publicó una guía sobre cómo diseñar y gestionar un proyecto educativo y de entretenimiento para promover el desarrollo social.

En ese mismo continente, pero un poco más al norte, la experiencia educativa a través de los medios de comunicación también ha resultado exitosa. Un cineasta de la República Democrática del Congo (RDC) dirigió durante 2007 la primera serie audiovisual en lingala, el idioma con mayor número de hablantes en ese país, sobre la vida con VIH/SIDA.

Mon Histoire (Mi Historia, en francés) relata la vida de un policía rechazado por su familia al enterarse que tiene VIH. El director, Djo Tunda Wa Munga, se inspiró en un programa de televisión que transmitió ese país, en el que varias personas asumían sin temor su condición. "Me sorprendió ver personas con SIDA hablando acerca de la enfermedad, a cara descubierta... Ahí decidí interiorizarme del asunto", relató a la agencia de noticias IPS. Gracias a esta iniciativa, el programa contó con el apoyo de los gobiernos de Bélgica y de Alemania y del director de ONUSIDA, Peter Piot.

Del otro lado del mundo, en Venezuela, Acción Ciudadana contra el SIDA (ACCSI), creada en 1987 como respuesta a las violaciones consecutivas de los derechos humanos de las personas que viven con VIH, ha logrado resultados favorables en contra del estigma asociado al virus.

En 1994, ACCSI presionó jurídicamente al Ministerio de Salud y Asistencia Social con el fin de evitar el uso discriminatorio de las pruebas de VIH. Consecuentemente, interpuso un amparo ante la justicia venezolana en nombre de 11 personas que vivían con VIH y que no recibían la atención adecuada, y apoyó jurídicamente a cuatro soldados de las FAN expulsados de las filas al comprobarse que estaban contagiados con el VIH.

Los resultados: En enero de 1008 el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) favoreció a los cuatro soldados y le ordenó al Ministerio de Defensa responsabilizarse por la asistencia médica de los demandantes. En julio de 1999, el TSJ obligó al Ministerio de Salud a proporcionar de forma gratuita, medicamentos antirretrovirales, tratamientos para infecciones oportunistas y pruebas diagnósticas a *todos* los ciudadanos venezolanos y residentes extranjeros de Venezuela que vivían y viven con el VIH.

Ésta fue la primera vez que el Tribunal Supremo dictaminó a favor del interés colectivo, aduciendo que, en el caso en cuestión, el derecho a la salud y el derecho a la vida estaban unidos al derecho de acceder a

los beneficios de la ciencia y la tecnología (*Violaciones a los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas*, p.61).

Sin embargo, y a pesar del considerable progreso, de las políticas públicas desarrolladas por la ONU y los gobiernos de muchos países, el virus continúa amenazando a la población mundial, especialmente a los más pobres, a las personas que tienen poco o nulo acceso a los servicios de salud pública, a los más vulnerables.

El estigma aún se pasea por los recintos más descuidados: los centros penitenciarios.

*

Una virgen inmensa, de más de un metro de altura, es el sueño de Walter. No sabe cuánto le puede costar, ni cuándo la tendrá frente a él. Pero de algo está seguro: su querida Virgen de Las Mercedes, su protectora, esa a quien tanto le pide y quien tanto lo ha cuidado, estará, algún día, en la sala de su hogar. “Si algo aprendí en la cárcel fue a convertirme en devoto de ella. Mercedita, como la llamo yo, nunca me ha dejado solo”.

“Mercedita” ni siquiera lo abandonó en los que fueron para él fueron los días más duros a principios de 2008, cuando casi una decena de los penales venezolanos se sumaron a la huelga de hambre más larga de la historia carcelaria del país. “Aquí, al final, protestamos todos. Al principio era sólo por el retardo procesal y por algunos artículos del Código Penal que no le daban beneficios ni a los asesinos, ni a los violadores. Pero después hasta los *pranes* empezaron a reclama poder”, cuenta Walter.

Efectivamente, entre marzo y abril de 2008 más de 9 mil internos dejaron de comer como bandera por la lucha de la celeridad en los procesos judiciales y en

los traslados, por la destitución de algunos directores y por la defensa de medidas alternativas para el cumplimiento de la pena.

“Lamentablemente, en Venezuela el número de personas privadas que aún no han sido condenadas supera el 60%. Estar preso aquí es un calvario porque además de la condena, puedes estar hasta un año o más esperándola y encerrado”, confiesa una fuente de la Dirección de Custodia y Rehabilitación que pidió mantener su nombre en resguardo.

Pero Walter, aun en las pésimas condiciones que tuvo que padecer durante estos largos días, no se rindió. “Mercedita siempre me dio fuerza”.

Históricamente, Nuestra Señora de Las Mercedes es conocida como “la patrona de los presos” desde 1218, cuando se le apareció a San Pedro Nolasco para pedir la fundación de una comunidad religiosa que se dedicara a ayudar a los cristianos cautivos en mano de los musulmanes.

La tradición hoy día continúa. En el Internado Judicial de Los Teques una virgen de Las Mercedes de más de un metro de altura, así como la que quiere tener Walter, da la bienvenida a uno de los penales más pequeños y asfixiantes de la Región Capital. Allí, al final de una loma friolenta, se impone ese pequeño edificio en forma de laberinto: oscuro, con esquinas inundadas de basura, con música a todo dar, hecha para reventar hasta los tímpanos del más melómano. “Aun recuerdo claramente —dice Roberto Mosquera— cómo descubrieron a un grupo de internos abrieron un túnel al son del *bum bum* de las pistas electrónicas”.

Para Walter nada es fortuito, ni casual. Todo tiene una explicación, hasta el uso de ese tipo de música. “Después de que pasas tanto tiempo en prisión sabes cómo se bate el cobre. Por qué, por ejemplo, cuando viene visita médica muchos ponen esa vaina que atormenta y no deja ni al más tranquilo trabajar en paz”, explica.

“Nada es casual”, repite mientras intenta hilvanar la historia de su vida en el penal. “Nada porque hasta la mismísima Mercedita fue la que trajo hasta aquí para aprender mi lección de vida”.

Walter Usechi, moreno de piel cuarteada por el sol, tiene entre 35 y 55 años. Ese es su rango de edad, el mismo que le repite a todo aquel que quiere saber cuándo nació. No cree en las bondades de los signos zodiacales, ni en las fechas de cumpleaños, pero adora hacer regalos. “A veces, cuando me prestan material, hago pulseritas, cadenitas y zarcillos... Una vez, cuando se veía el cuero por estos lares, hice una especie de alpargatas para uno de los chamos de un compadre de aquí”, relata.

Tiene más de nueve años en el Internado Judicial Rodeo I, y no quiere recordar su pasado. Prefiere, asegura, contar cómo se transformó en un hombre nuevo. “Pa que voy a contar las maldades que hice, si quiero comenzar una nueva vida... y más ahora, que tengo SIDA”.

“Me diagnosticaron como portador del VIH hace 5 años en el Seguro Social de Guarenas. Y la directora me autorizó la salida porque no le quedaba otra opción: o me sacaban, o me mataban. Y yo se lo hice saber. Le hice jurar que si a mi me pasaba algo lo haría público... Así fue como me saco de aquí”.

Pasó 15 días bajo la supervisión de los médicos y de un par de guardias nacionales en ese centro de atención médica. Tenía una fuerte neumonía y problemas para deglutir. Había bajado más de 5 kilos, pero al cabo de dos meses estaba mucho mejor. “El tratamiento antirretroviral hizo efecto, creo yo, bien rapidito. Los doctores me dijeron que me había salvado por pura suerte porque venía muy mal, tenía las defensas muy bajas. Pero yo sabía que detrás de todo, estaba mi virgencita, cuidándome”, relata.

La amenaza de Walter tuvo efectos significativos dentro del penal. A su regreso del Seguro Social, lo trasladaron a la enfermería. Allí, vivió un par de meses mientras se recuperaba. “Me tomaba religiosamente mis 7 pepas y procuraba dormir más. Quería recuperarme para salir y contar cómo la gente que tiene SIDA no necesariamente se muere”.

Pero no lo logró. A pesar de contar con el apoyo de dos internos cocineros y con la ayuda de una de sus hijas, no pudo enfrentar sus propios temores. “No pude. Tuve miedo porque apenas llegue un par de chigüires⁴⁶ comenzaron a decir cosas con mala intención. Que si tu sabes, Walter, que aquí el sidoso se tiene que ir con las brujas, porque eso se pega... Empezaban a preguntarme qué me había pasado y que si conocía a alguien con SIDA... Me asusté mucho. Tenía miedo de que me mataran sólo por tener VIH... Creo que en ese momento nadie me hubiera podido entender. Quién carrizo me iba a creer aquí, cuando nadie cree en nadie, que el SIDA no se pega como la gripe... Naaadie, nadie... Segurito me mataban como a un perro”, relata.

Una tesis realizada por Leila Strazza, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Sao Paulo, reafirma la posición temerosa de Walter: el desconocimiento es una de las principales causas de transmisión del virus y de la discriminación exacerbada dentro de los penales.

Aun cuando la investigación, titulada *Estudio de vulnerabilidad de infección por VIH en mujeres detenidas en la Penitenciaría Femenina de Butantã-SP avalada por las técnicas serológicas y por la técnica de TAT*, se limita al caso de un retén de mujeres, los resultados pueden arrojar una explicación al comportamiento discriminatorio de los internos que buscan aislar a las personas que viven con VIH y que también padecen las consecuencias del encierro.

⁴⁶ Chigüire: sinónimo de chismoso y mala gente.

Strazza no sólo descubrió que 31 mujeres recluidas, de las 290 encuestadas, se habían infectado por el virus a través de relaciones sexuales sin protección, confirmó que el desconocimiento de las llamadas “doenças sociais” (enfermedades sociales, en portugués) como la sífilis, la tuberculosis y el SIDA son consideradas como un castigo de Dios.

Actualmente, tener SIDA es, para quienes tiene poco acceso a la información y la educación, un castigo de Dios, que encuentra paralelo histórico con la epidemia de sífilis del siglo XVII (...). Esto reafirma lo que una de las internas de Butantã llegó a decir sobre otra que vivía con VIH: *Se Deus existe, ele mandou um castigo... bem feito... quem mandou ser tao vagabunda*⁴⁷(Strazza, 2003, p.25)

El estudio contó con la participación de cinco psicólogos, dos infectólogos y un enfermero quienes se prepararon para hacer la pesquisa y aplicar un cuestionario sobre las conductas de riesgo (uso de drogas inyectables, relaciones sexuales sin protección) que podrían propiciar una infección. De las 299 internas, sólo nueve decidieron no participar por la falta de interés sobre la prueba de VIH.

El cuestionario, acompañado por un consentimiento oral y escrito, registró la escolaridad, el tiempo de detención, el consumo de drogas, el número de parejas, el tipo de relaciones sexuales y la frecuencia de ITS, en caso de existir. Así, de las 290 mujeres detenidas, 221 afirmaron no haber terminado la escolaridad básica y 54% de las encuestadas aseguró no haberle pedido a su pareja nunca el uso del preservativo, ni siquiera para evitar un embarazo. “Es muy difícil controlar el deseo sexual, tanto para el hombre como la mujer, detrás de esas paredes”, afirmó Strazza en una comunicación personal vía correo electrónico el 22 de mayo de 2008.

En este sentido, Simooya (2002) y Sanjobo (2002), citados por Strazza en su investigación, afirman que el mismo comportamiento sexual que la persona, sea

⁴⁷ Si Dios existe, él mandó un castigo... bien feo... quién te mando a ser tan vagabunda.

hombre o mujer, mantuvo fuera de la prisión, lo mantendrá y acentuará adentro (2003, p.11). En otras palabras, el uso o no uso del condón no depende del encierro o no; depende de lo que se piense sobre él. “Si no te gusta, no lo usas. Si te gusta y valoras su importancia, lo usarás frecuentemente”, asevera Roberto Mosquera.

Al sur de América Latina, en Argentina, el grupo de Abogados y Abogadas del Noroeste Argentino en Derechos Humanos y Estudios Sociales (ANDHES) publicó a finales de 2006 un informe sobre los DDHH de las personas privadas de libertad que vivían con VIH/SIDA.

El trabajo de campo se realizó en el Complejo Penitenciario de Villa Urquiza, que contaba para ese momento con una población de 804 internos, y en el Instituto Femenino de Rehabilitación “Santa Esther”, que albergaba a 35 mujeres argentinas. La investigación, además de poner de manifiesto las responsabilidades nacionales e internacionales en materia de salud penitenciaria, pretendió analizar la problemática del VIH/SIDA detrás de las rejas.

Y así, aun cuando este estudio no revela cifras alarmantes, expone una descripción de ambos penales que refleja parte de las políticas públicas carcelarias de esa nación sureña.

En el Instituto de Rehabilitación “Santa Esther” las condiciones de presidio difieren considerablemente, según explica el informe, de las instalaciones del retén de Villa Urquiza. En este último centro, no hay gas natural, falla el agua y algunas celdas carecen de vidrios o de cualquier otro tipo de protección contra el frío invernal.

En cuanto al trato especial ante los internos que viven con VIH, el personal de salud del internado de mujeres, aseguró que “no existe ninguna reglamentación ni procedimiento establecido” (2006, p.17). Por su parte, en el penal masculino, sí

existió durante algún tiempo un régimen de control sobre las personas infectadas. Pero ahora, como el equipo de salud considera que no existen mayores riesgos, no se ha puesto en marcha.

De acuerdo con la opinión del mismo equipo, el número de internos que viven con VIH es un dato difuso a pesar de que la epidemia está controlada. "En general, el VIH/SIDA no se presenta como un problema serio para el servicio de salud del penal, dado que se considera suficiente el mecanismo de articulación con el Hospital Provincial Centro de Salud" (2006, p.18)

En penales venezolanos, las cosas parecen ser un tanto diferentes, a pesar de que ni el Ministerio de Justicia, ni el de Salud ha publicado en los últimos años alguna investigación sobre la incidencia del VIH dentro de las cárceles del país. Mosquera lo reconoce. El único trabajo que intentó realizar la Coordinación de Salud de la Dirección de Servicios al Interno, resultó ser un fracaso. "Yo no estaba al mando de este departamento cuando eso sucedió pero eso es lo que cuentan quienes aún recuerdan ese informe y que trabajan aquí. Sólo se hizo un muestro aleatorio de los penales de la Región Capital, se les hizo el test ELISA a quienes accedieron voluntariamente y ya. Nunca se realizaron talleres o charlas preventivas sobre educación, ITS, drogas o VIH. Nada, absolutamente nada", explica.

Por ahora, el único estudio reciente sobre el VIH en las cárceles lo publicó el Programa de Extensión Penitenciaria de la Universidad de Venezuela a mediados de 2004. La investigación, titulada "Prevalencia de ITS en Venezuela durante el período 1998-2001", trabajó con una muestra de 1733 que incluía cinco centros penitenciarios del interior (I.J de Coro, Penitenciaría General de Venezuela, Centro Penitenciario Duaca, I.J de Yaracuy, I. J de Monagas) y los penales de la Región Capital (Rodeo I y II, La Planta, Yare I y II e I.J. Los Teques).

De los 1.733 internos, 456 presentaban o sífilis o hepatitis B. Y de los 1.733 privados de libertad, 1.583 (26.8%) aseguraron no utilizar preservativos durante las relaciones sexuales.

Paralelamente, el estudio reveló que 4% de la población presentó en el test ELISA y en el examen comprobatorio de la infección anticuerpos contra el VIH: para ese momento 70 internos vivían con VIH y no lo sabían.

En las conclusiones finales de esta investigación, Ángela Posada, responsable de la pesquisa, señala: “El hallazgo de un 4% de personas seropositivas para el VIH (...) nos indica que en un mediano plazo tendremos individuos que vivirán su enfermedad como una sentencia de muerte” (2004, p.110).

Aún se desconoce el número, pero existen personas privadas de libertad que padecen las consecuencias, ahora mortales, de la infección por VIH. Para algunos, como Michell, el SIDA se ha convertido en el boleto de ida al otro lado del mundo. Así lo ve. “De qué sirve ahora el tratamiento, si ni quiera puedo salir de aquí... De qué sirve que todos te tengan lástima si quienes deberían sacarme de aquí, no lo hacen”, explica Eduardo, su traductor.

Desde finales de junio, Michell decidió sumarle a la inapetencia, una dieta mortal. “Ya no quiere comer. Sólo mastica algún caramelo y toma agua”, comenta Eduardo, quien se ha encargado de protegerlo ante los demás. “Gracias a Dios, Michell nunca ha sido maltratado. Claro, muchos lo ven con cierto asco, pero como él se está quedando ciego no lo nota”, le cuenta en voz baja a Sandra, mientras Michell conversa con Mauricio Gutiérrez, de Acción Solidaria.

“Está decidido a morir... Eso es lo único que dice cada vez que lo veo... Y ya yo no sé que más decirle. Ojalá en mis manos estuviera la responsabilidad de trasladarlo de esta inmundicia”, cuenta Carmelo Romero, paramédico voluntario del retén de Los Teques.

Pero Michell no está ni en las manos de Carmelo, ni en las de Mosquera. Sólo está en manos y sólo sueña con algún médico que lo opere de la vista para regresar a su país. “Por qué no me operan... Si es de pagar, puedo hacerlo... Pero por qué no lo hacen... Quiero morir en país”, dice una y otra vez. Ya ninguno de los internos lo escucha. Muchos conocen su plegaria pero no dicen nada. Son invisibles ante su lamento.

Del otro lado de la ciudad, en los fogones en los que se convierten los pabellones del Rodeo I, también se escucha otro lamento. Walter, a pesar de lo seguro que está de su salud, se siente solo. No logra comprender cómo se puede vivir tan callado ante una realidad.

“A mi me gustaría que algún día todos los que estamos presos y tenemos alguna enfermedad como el SIDA nos paráramos ante la televisión para contarle al mundo cómo vivimos aquí... Ojalá esta rabia que tengo entre pecho y espalda fuese sólo del encierro, pero no. Es culpa de esta escondedera, del temor a que alguien que me quiera llevar pal otro lado, me mate y nadie se entere”, confiesa.

Aún sueña, todos los días, con la Virgen de Las Mercedes. Es ella, como él cuenta, la verdadera dueña de su corazón. Es ella, cuando más desahuciado se siente, en quien confía. “Yo creo que si no fuera por la devoción que siente mi papá por ella, ya no estuviera con nosotros”, cuenta su hija menor, Mariana, por vía telefónica.

Pero Walter, hombre de rápido hablar, sabe que no nació para lamentarse. Cree fielmente en su patrona, pero también reconoce cuáles son sus derechos. “Yo sé que desde que nacemos tenemos derecho a la vida y a la salud, y yo no sabré cuáles son exactamente todas las leyes que nos protegen, pero sé que existen y siempre estaré dispuesto a pelear por ellas”.

En efecto, tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre proclaman el derecho a la salud y a la no discriminación, sea cual sea la religión, el color de piel y el rango social del ser humanos.

Pero al parecer, ni para Walter, ni para Michell estas premisas se cumplen. Ellos no sólo viven con VIH, también padecen las consecuencias de la discriminación. “Falta mucho por hacer para cambiar las mentalidades. Pero el cambio debe comenzar entre quienes estamos presos. Nosotros mismos debemos aprender”, afirma Walter.

CAPÍTULO V: Una orquesta afina sus instrumentos

Todos hemos oído aquello de que prevenir es mejor que curar,
pues en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar:
es la única cura.

Lema del portal digital del Programa Nacional de SIDA de Venezuela

—Señores, por favor, silencio. Vamos a intentar escucharnos todos. Por favor... Sé que todos tenemos algo que decir

—Ya va, Roberto, de verdad perdóname pero no entiendo. ¿Tú pretendes que en dos días entrenemos a 20 voluntarios para que dicten una charla dentro de nuestros penales sobre SIDA? ¿Dos días?... Perdóname pero me parece una locura.

Ya el barullo había desaparecido. De repente, todos estaban callados y pensativos. La interrogante de Mauricio Gutiérrez, miembro activo de Acción Solidaria, dejó a casi todos ensimismados. A casi todos.

—Sí, señor Mauricio. Yo creo que por lo menos lo básico lo podemos impartir en dos días: qué es el virus, cómo se transmite, cómo no... la importancia de la prevención... Yo creo que es totalmente posible —respondió María Teresa Aguilera, segunda al mando de la Fundación Casa de Los Girasoles, facilitadora predilecta del programa educativo sobre VIH/SIDA del Ministerio de Interior y Justicia.

—Yo estoy de acuerdo con Mauricio pero también contigo, Marit. Creo que la verdadera formación, requiere de un mes o más. Pero por ahora, Mauricio, creo que no podemos hacer más nada. Tenemos que arrancar con el programa ya —respondió Roberto Mosquera, coordinador de salud de todos los centros penitenciarios de Venezuela.

Cinco minutos después de la afirmación de Mosquera, la comida estaba servida: una succulenta ensalada César con asado negro, arroz y tajadas bien fritas.

—¡Claro!, como para que no refunfuñemos nos mandan esta comida de dioses, ¿no? —dijo Zulay Arellano, en voz alta, mientras sonreía en complicidad con Mauricio.

El salón de usos múltiples de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso se convirtió, desde principios de junio de 2008, en el espacio predilecto de la orquesta de organizaciones voluntarias dispuestas a luchar contra de la epidemia del siglo XX: el SIDA.

“El Programa Nacional de VIH/TB (tuberculosis) en el Medio Penitenciario nació como parte del proyecto revolucionario del presidente Chávez —explica Mosquera—, hacia la verdadera inclusión social. Cómo olvidarnos de los más vulnerables, de los que están presos pero que viven, lamentablemente, en las peores condiciones”.

En sus inicios, comenzó como un plan diagnóstico, una pesquisa, de VIH en varias cárceles del país. Pero a finales de noviembre de 2007, la Coordinación de Salud Integral, dirigida por Roberto Mosquera y por Tania Bernal, decidió apostar por el primer plan de estudio epidemiológico del VIH dentro de los penales venezolanos.

El primer diagnóstico se realizó en noviembre de 2007 en los I.J Rodeo I y Rodeo II y contó con la participación activa de más de 20 funcionarios públicos, asociados al MIJ y al Ministerio de Salud, y con la asesoría de La Casa de Los Girasoles y de Ibrahim Cordero, promotor de educación sexual e ITS.

“De los 2.400 internos que existían entre ambos penales, 1.085 decidieron hacerse voluntariamente la prueba de VIH. Y de esos 1.085 sólo 8, el 0.33% del total de

hombres encerrados entre las dos cárceles, viven con el VIH”, explica Carla Rondón, trabajadora social del Programa Nacional de SIDA.

El objetivo, cuenta Carla Rondón, estaba claro: conocer el perfil del VIH y su determinante epidemiológico dentro de los centros de reclusión del país. “Nuestro plan, a pesar de las precariedades, dio resultado. Antes del test ELISA, decidimos dar una charla preventiva y explicativa sobre el virus y encuestar a todos aquellos que estuvieron interesados en hacerse el examen. Para nosotros era y sigue siendo súper importante saber cuál es el comportamiento sexual, la frecuencia de parejas y del uso de drogas. De allí, al final, sacaremos las conclusiones”.

Sin embargo, Ibrahim Cordero, orgulloso por su participación como vocero, confesó no haberse sentido totalmente satisfecho. Sí creyó en el esfuerzo y en la disposición del equipo, a pesar de haber observado y criticado abiertamente el tipo de encuesta y la formación de los encuestados.

“Para ser la primera vez, no estuvo tan mal. Pero qué va. Esos encuestadores eran unos maleducados. Nunca trataron de acercarse abiertamente a los internos. Era pregunta tras pregunta, así, como con un balde de agua... Y preguntas duras y mal formuladas. Cómo vas a preguntarle a ese pocotón de hombres, que ven a esas chicas casi que encarpados, si es homosexual. No. Así no son las cosas. Así ni el más honesto te va confesar que tuvo alguna vez en su vida algún relación con alguien de su mismo sexo”, relata.

Roberto Mosquera no lo pensó dos veces. Después de escuchar las críticas de Ibrahim y de algunos de sus compañeros de trabajo, decidió emprender una verdadera campaña para conocer qué sucedía con el VIH dentro de las cárceles. Así, con la ayuda directa de sus asistentes, organizó el primer “Programa Nacional de VIH/TB en el Medio Penitenciario”.

“Siempre fue uno de mis sueños y de los sueños de muchos de los que trabajan conmigo aquí. Todos venezolanos, delincuentes, violadores, asesinos... todos tienen derecho a saber qué es y qué no es el SIDA. Todos”, reitera Mosquera.

El programa se estructuró con base en un acuerdo esencial: el compromiso político entre la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso y el Programa Nacional de SIDA. Para Mosquera y su equipo, de nada servía lanzarse en una cruzada contra de la epidemia dentro de las cárceles si los principales promotores no se sensibilizaban.

Por eso, la batuta de detección, prevención y atención médica y epidemiológica del VIH la llevaría el único proyecto que, en teoría, estaba capacitado para eso: el Programa Nacional de SIDA (PNS). Desde sus orígenes, para la desdicha de muchos, ha presentado fallas en prevención sobre ITS y VIH, en la compra y distribución de los medicamentos antirretrovirales.

Durante su gestión, Leoncio Barrios, psicólogo e investigador de la Universidad Central de Venezuela, admitió en 1999 en una entrevista ofrecida al diario *El Nacional* que el Estado atendía a menos de 3% de los infectados con VIH: sólo 2.400 personas que vivían con VIH en ese período podían recibir tratamiento gratuito. Cerca de 7.600 pacientes esperaron su turno en la lista.

Daisy Matos, actual directora del PNS, aseguró a finales de 2006, en una nota también publicada en el diario *El Nacional*, que cerca de 63.000 personas estaban infectadas con el virus en el país. Pero no explicó cuántas de ellas reciben sin falta sus medicamentos.

Por estas mismas razones y por el temor a la falta de comprensión y de educación de muchos funcionarios que trabajan en las cárceles, Mauricio Gutiérrez y Zulay Arellano se convirtieron durante aquellos debates, en la sede de la Dirección de Custodia y Rehabilitación del Recluso, en los principales críticos de la pesquisa

de VIH entre los internos. “Cómo vas a sensibilizar a una mujer que cree que la gonorrea de un chico encerrado en Los Teques es la causa del mal olor de un pabellón... Cómo le haces entender a la misma directora que ni si quiera sabe lo que está diciendo, que es ella misma la que promueve la discriminación entre sus chamos”, argumenta Arellano.

Roberto Mosquera y su grupo lo saben. Saben que la lucha contra el SIDA comienza con la educación de los funcionarios que están con los internos, día a día: los directores, los custodios, los médicos y los militares que vigilan las puertas externas. Por esta razón, decidió que este compromiso político debía estar acompañado de información y educación sobre el tema. “Creemos viable que 90% del personal directamente ligado a los centros penitenciarios podrán para el próximo año ser promotores de salud”.

Paralelamente a los talleres que la Coordinación de Salud Integral pretende dictar para los trabajadores del Estado asociados al sistema penitenciario, Roberto Mosquera también planificó la organización y ejecución de cursos sobre VIH para la sociedad civil, los administradores de la justicia venezolana y los familiares de los internos.

Comenzarían a finales junio de 2008 y terminarían a mediados de julio de ese mismo año. Estarían orientados a ofrecer información sobre los aspectos básicos de la transmisión, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención del VIH y la tuberculosis, así como los riesgos que existen si se abandona el mismo tratamiento médico. “La idea es que después todos nos convirtamos en voceros sobre que está detrás de esta epidemia en nuestras cárceles. Por eso el acuerdo debe ser conjunto, mancomunado”, reitera el Coordinador de Salud Integral del MIJ.

El plan de acción, de acuerdo con la explicación que ofreció el equipo de Salud Integral, arrancaría la segunda semana de julio en el I. J Los Teques y en el Instituto Nacional de Orientación Femenina, después de dos semanas de

formación intensiva para los voluntarios de las 10 ONG's que decidieron sumarse al programa.

Sin embargo, por fallas de coordinación del mismo Ministerio de Justicia, sólo se pudieron dar dos talleres. Sólo dos. “La burocracia jode todo. Uno puede pintar villas y castillos, pero siempre el bendito papeleo está allí. Que si el presupuesto, los permisos para asistir a los penales, el material de laboratorio que debíamos llevar”, cuenta el jefe de Salud Integral.

Por eso, la semana antes de la capacitación de los voluntarios, Mauricio Gutiérrez dudaba y expresaba su preocupación por tan pocos días de formación. De las 10 organizaciones, sólo seis asistieron ese día para planificar la actividad, y de esas seis, cuatro eran cristianas. Dudaba. Sabía que la voluntad de los cristianos era valiosa pero también sabía que muchos de ellos suelen tener cierta indisposición para hablar sobre temas de sexualidad abiertamente.

“Es que si a mi me decían que los voluntarios serían estudiantes de psicología, de educación, de salud pública, yo no me hubiese quejado. Pero imaginar a cinco, seis mujeres que alaban a Dios y no creen en las relaciones antes del matrimonio, hablando sobre SIDA, es algo que tenía que ver para poder creer”, argumentaba.

Y así sucedió. Mauricio Gutiérrez lo vio y lo creyó.

Después de dos días de capacitación, 15 voluntarios estaban dispuestos a trabajar. Unos, quienes tenían mejor dicción y habían comprendido mejor las implicaciones del VIH/SIDA, fueron los encargados de dictar las charlas durante los cuatro días de jornada en el retén de Los Teques y en el INOF. Otros, los más discretos, estaban listos para hacer el nuevo cuestionario de preguntas, reelaborado por Salud Integral, con la ayuda de Ibrahim Cordero.

Todo estaba listo. Entre el 14 y el 18 de julio, el grupo al mando de Roberto Mosquera tenía en sus manos más de 900 encuestas, 2 centrifugadoras, cerca de 1000 inyectadoras y 1000 tubos de ensayo. La meta: incentivar a la mitad de la población de cada uno de los penales a realizarse el test ELISA y a rellenar el cuestionario. “Con el trabajo de campo, pasamos a cumplir con el siguiente paso del programa: la detección de casos, fundamental para conocer el perfil epidemiológico”, explicó Mosquera.

Ya para el cierre de la jornada, el resultado era casi casi el esperado: 90% de la población penitenciaria había decidido hacerse el test ELISA. En el INOF, de 435 internas, 399 respondieron la encuesta y se hicieron el examen de sangre.

En el I.J. Los Teques, la actividad fue más complicada. De los 660 privados que estaban allí para finales de esa semana, 368 extendieron su brazo para que las enfermeras tomaran la muestra de sangre, a pesar de que buena parte de ellos no sabían la importancia de los estudios que les estaban practicando.

“Me llegaron muchos que ni siquiera escucharon la charla preventiva que dio Zulay, pero que se querían sacar la sangre pa’ pedirme el número del celular o de alguna de las demás chicas”, cuenta Ana Rondón, enfermera del grupo de paramédicos cristianos dirigido por Carmelo Romero.

El Coordinador de Salud Integral lo reconoce. En el retén de Los Teques la receptividad no fue la esperada. “Muchos llegaron sólo para ver a las voluntarias que estaban conmigo, medio le pararon a la charla, respondían el cuestionario, pero cuando pasaban con las enfermeras se chorreaban: les tenían pánico a las agujas”.

Este temor confirma el estudio de prevalencia del uso de drogas inyectables que maneja la Coordinación de Salud Integral del MIJ: una de cada 100 personas privadas de libertad consumen estupefacientes por vía intravenosa. “A mí esta

cifra, al principio, me parecía inconcebible. Pero con la jornada en el Rodeo I, el Rodeo II y en Los Teques entendí que al venezolano que está preso no le gusta inyectarse. Prefiere inhalar. Y quienes aseguran inyectarse son en su mayoría extranjeros”, explica Roberto Mosquera.

Para él, gran fan del presidente Chávez y fiel creyente del Proyecto Revolucionario, los medios de comunicación han hecho de las suyas con el poder que tienen. “Yo así estuviese autorizado para dar cifras sobre internos infectados con VIH o sobre el número de personas que consumen, o qué consumen y cómo lo consiguen, no las daría porque estoy seguro de que las utilizarían fuera del contexto... Eso es lo mismo que hace el Observatorio Venezolano de Prisiones. No cotejan las cifras de muertos con el total de internos, simplemente lanzan esos números para satisfacer el morbo de muchos periodistas”, argumenta.

Por eso, hasta ahora, no se conocen estadísticas oficiales. De acuerdo con las declaraciones de un funcionario de la Dirección de Custodia y Rehabilitación al Recluso que pidió no revelar su identidad, aseguró que en lo que va de año perecieron tres hombres privados de libertad por SIDA: El 13 de marzo, en la cárcel de Carúpano, en el oriente del país, murió José Argenis González. Tres meses después, el 11 de junio de 2008, falleció en el Centro Penitenciario de Santa Ana, en Los Andes venezolanos, José Solís Valencia. El último día de julio también sucumbió ante el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Fernando de Jesús Hernández Sánchez, en la Cárcel Nacional de Maracaibo, al occidente de Venezuela.

Las cifras más recientes son las que se obtuvieron después de la pesquisa que se hizo en el Rodeo I y Rodeo II, en noviembre de 2007. Pero él aún no las quiere dar; quiere esperar completar el Programa Nacional VIH y TB en el Medio Penitenciario. “Quiero tener listo el diagnóstico de todos los penales del país, ante de decir algo. Quiero poder mostrar sin temor y con toda la seguridad del mundo

cuál es nuestro sistema de registro de casos y cómo pensamos llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y la prevención dentro de los penales”.

Pero, como dicen los internos, “alguien lo sapeó”. El 14 de julio de 2008, mientras organizaba la actividad en el INOF, llegaron las cámaras de Venezolana de Televisión, canal del Estado y del Gobierno. “Llegaron con cada pregunta, tan precisa sobre lo que estábamos haciendo, que hasta yo me sorprendí... Hice lo que pude pa’ no ser tan evidente. Hablé pa’ lante y pa’ atrás”, cuenta Roberto Mosquera.

Después de “este incidente”, como dice Roberto, la actividad continuó con toda normalidad. “El único susto fue el que pasamos cuando los presos de Los Teques celebraron la libertad con tiros y reventaron unos vidrios del salón en donde estábamos trabajando. De resto, creo que hicimos un buen trabajo a pesar de la poca importancia que muchos internos le dieron al examen. Estaban pendientes de pedir números y chismosear”, cuenta Edith Cabrera, odontóloga de la Coordinación de Salud Integral.

“Quizás no logramos todo lo que hubiésemos querido, pero logramos algo muy importante: aglutinar a todos bajo un mismo proyecto; chavistas, no chavistas, internos, enfermeras, sociedad civil, Gobierno... Todos en contra de la epidemia del SIDA”, afirma Roberto.

*

Ya las descarnadas imágenes de los 16 mutilados de la masacre del Centro Penitenciario Urbana, en el estado Lara, no ahuyentan a Roberto Mosquera. Ya ni las cabezas decapitadas de los 18 reclusos que murieron en la cárcel de Santa Ana, en Los Andes venezolanos, lo sorprenden. Sus prioridades son otras: los resultados del primer Programa Nacional de VIH y Tuberculosis en el Medio Penitenciario.

Se siente seguro, a pesar de no tener todavía los resultados definitivos. Reconoce que ha tenido fallas, sobre todo con el personal de Ministerio de Salud encargado de la pesquisa de tuberculosis, quienes sólo asistieron a las jornadas del Rodeo I y II, en noviembre del año pasado.

También valora la actividad que muchas organizaciones voluntarias han realizado en las cárceles pero cree que el problema penitenciario requiere el compromiso ciudadano engranado con la responsabilidad del Gobierno y del Estado. “Las jornadas de organizaciones como la Confraternidad Carcelaria de Venezuela son pañitos de agua caliente. ¿Qué haces con llevar a 10 médicos y chequear y diagnosticar a los internos si después les llevas medicinas vencidas o si ni siquiera se las llevas?”, argumenta.

Para este joven farmacéutico, la única solución es la fusión con las actividades del Ministerio de Interior y Justicia y con el gabinete de Salud. Para él, ni los planes de las ONG’s funcionan por sí mismos, ni existen otros programas penitenciarios avalados por el Gobierno.

Pero se equivoca. La Dirección de Atención al Soberano de la Alcaldía Metropolitana tiene en sus filas a Algebis Hernández, mejor conocido como “Pipo”. Es jefe del Programa de Reinserción Social, que nació para brindar atención rápida y efectiva a problemas de todos ciudadanos que viven en los municipios Libertador, Sucre, Baruta, Chacao y El Hatillo, tanto a los que están en libertad, como a los que padecen las condiciones del encierro dentro de las cárceles venezolanas.

“La gente no cree que soy el encargado del proyecto —dice Pipo mientras limpia sus dientes superiores con un palillo— porque creen que soy un vigilante más de la oficina. Y cuando me ven, ja, se pegan tremendo susto. Yo me imagino que muchos dirán: «Bicho, ¿y este tipo con cara de malandro es el jefe de aquí?»”.

Y lo es. Antes de convertirse en el director del Programa de Reinserción, consumió durante mucho tiempo droga y trabajó como motorizado. De esos años, conserva una cicatriz de más de 20 centímetros en su brazo izquierdo y otra, mucho más pequeña, en la barbilla. “Yo era bien tremendo, jeje, por eso me gané este par de regalitos”, cuenta al mismo tiempo que prende un cigarrillo.

Tiene más de dos años trabajando en Atención al Soberano y dice ser el “seguidor más fiel del Presidente y de Barreto” (Juan Barreto). Fue motorizado de la alcaldía, vigilante, asistente y ahora trabaja con un solo objetivo: ayudar a quienes viven en la calle, están en condición de pobreza y a quienes están detrás de las rejas. “Vivo con una vaina metida entre ceja y ceja. Pa mí, lo más importante es serle verdaderamente útil al ciudadano. Estar allí, pa’ lo que necesite”, explica.

Bajo un toldo caliente, justo al lado de la sede de la Alcaldía Metropolitana y en frente de los cristianos que regalan la palabra de Dios en la Plaza Bolívar de Caracas, están las oficinas improvisadas de Atención al Soberano. Allí, desde mucho antes de abrir sus puertas, ancianos, embarazadas, jóvenes y motorizados hacen cola para ser atendidos.

“Aquí les damos medicinas quienes no pueden comprarla, les damos muletas y sillas de ruedas a las personas con discapacidad. Tratamos de ayudar a todos”, explica uno de los chicos que trabaja con Algebis Hernández.

Desde hace medio año, a principios de 2008, Pipo pensó que a su trabajo le faltaba algo. “Un día, una pana que está preso en el Rodeo I, me llamo pa’ pedirme unos medicamentos. Yo fui y se los llevé. Y allí caí.”

No lo pensó dos veces. Una semana después de visitar a su amigo en ese penal, armó el papeleo necesario para solicitar la autorización de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación al Recluso del MIJ.

“Me ha costado, porque hasta a nosotros mismos que somos del Gobierno, nos pidieron más requisitos”. Pero lo logró: a finales de marzo de 2008, Pipo llegó al retén de La Planta con lápiz, papel y cámara fotográfica en mano para tomar nota y llevar evidencias de los internos que necesitan algún tipo de apoyo.

“Pipo, cuando yo estaba adentro, nos ayudó burda. A dos panas lisiados les trajo muletas. Nos regaló 5 balones de básquet, también nos trajo libros, nos ayudó a organizar un mini campeonato de baloncesto con el equipo de jugadores del barrio El Milagro, donde estaba mi alto pana Radamés”, relata Carapacho de Cota, ex recluso de La Planta.

No todo salió como Pipo esperaba. Después de las dos primeras visitas, el único pabellón que aceptó la ayuda fue el 3, donde estaba Carapacho. El resto, no quiso, ni siquiera curiosear qué hacía el grupo de Pipo cuando iba de visita. “Nos llamaban *sapos* porque fuimos los únicos que decidimos dejar que en Atención al Soberano nos echaran una manito. Aquí muchos creen que aceptar vainas de la gente del Gobierno es ser chavista y la vaina tampoco es así. Hay que ser bien güevon pa’ no recibir unas muletas o una silla de rueda si la necesitas”, dice Carapacho.

Ya para el Día del Padre, el equipo de Atención al Soberano había organizado dentro del pabellón una gran parrilla. “Fue el momento perfecto —recuerda Pipo— para lanzar mi mejor discurso. No sé. Fue como una vaina que me salió del corazón”.

Ese domingo, Pipo delante de más de 50 hombres aseguró que bajo su mando se llevaría el primer diagnóstico de VIH dentro de La Planta. Pero lo que él no sabía era que ese plan ya estaba en marcha. “Jamás entendí cómo cuando me dieron los permisos, la gente de la dirección de prisiones no me dijo que estaban montados en un programa. ¿Cómo carajo vamos a ser verdaderos revolucionarios si no nos comunicamos?, ¿cómo si a mí me siguen viendo feo cuando voy pa’la Dirección

de Custodia y Rehabilitación?, ¿cómo si igualito capaz y revisan mi expediente judicial y no creen que soy yo, otro más que también quiere hacer algo por los más jodíos?, ¿será que soy otro discriminado más?”, se pregunta Pipo con rabia.

Roberto Mosquera lo lamenta, y no duda en echarle la culpa a la burocracia y al fantasma llamado discriminación de eso y de mil cosas más: de la ausencia del Estado en las cárceles, de la humillación de los guardias nacionales con los familiares que van de visita, de la falta de educación en materia de salud. “Todo, todo se hace más y más complicado cuando aparecen más manos. Pero yo creo que si nos ponemos las pilas y trabajamos en conjunto, podemos ganarle la carrera al SIDA”.

*

Testimonio de Zulay Arellano

Cuando llegué a mi casa, aún estaba en *shock*. Me eché un buen baño de agua fría como pa’ quitarme el susto, pero nada. No podía ni dormir. Y todavía lo recuerdo y se me paran los pelos.

Durante mi primer mes trabajando en La Planta, vi cosas de cosas. Pero jamás como lo que vi aquella tarde de junio de 2003. Estaba sentada en la enfermería, como a las 3 de la tarde, leyendo unos informes médicos, cuando uno de los internos del pabellón 1 llega desesperado y me grita: «Doctora, venga rápido, se nos va pal otro lado un pana»

Llegué al pabellón y allí estaba. Un pobre muchachito, no tenía más de 25 años. Un italiano de lo más bello. Ya sabíamos que estaba en la etapa avanzada de la infección por VIH y él mismo ya ni quería tomarse el tratamiento antirretroviral que le habíamos conseguido a través del Programa Nacional de SIDA. Pero de ahí a verlo como lo vi, fue otra cosa.

Estaba en pelotas, bañado en sangre, con toda la cara cortada y acostado boca abajo porque no podía moverse: le había metido el mango de un cuchillo grande pero envuelto con alambre de púas dentro del ano. No podía ni hablar. Intentamos llevarlo al Hospital Vargas, pero en el camino murió.

No me costó mucho averiguar lo que había pasado. El italiano era el mandadero de uno de los capos de la droga. Pero se había endeudado. Me dijo uno de sus panas que antes de que lo amenazaran de muerte, le hizo una promesa al dueño y amo de esa mafia: le daría mil bolos diarios pa'pagarle, poco a poco, lo que le debía.

El mismo chico que me contó eso, el que fue corriendo a la enfermería, me dijo que justo ese día no tenía los mil bolos. Pero a cambio ofreció su cuerpo. El capo aceptó, sólo que no le dijo quién o qué se lo iba a coger.

Y bueno, allí terminó, muriéndose del dolor y con un papelito en la mano que le habían puesto los cochinos asesinos esos que decía algo así como: «Bien hecho que pago tu culo, maldito sidoso».

*

Ya ni a Ramón Lugo, ni a Walter Usechi, y ni siquiera a *el portugués* le sorprenden esas historias. Y a pesar de que no comparten la rutina en el mismo lugar de presidio, saben cómo es vivir con el temor de escuchar un grito, algún improprio. “Yo no puedo quejarme tanto, porque cuento con gente que sabe cuál es mi condición y me cuidan. Pero quién quita. Nunca falta un hijo e puta que quiera joderte, que te vea con asco, que te vea como un bicho”, afirma Lugo.

Para Walter las cosas no son muy diferentes en el Rodeo I. “Aquí dicen las malas lenguas, que hace como 10 años murió un preso con SIDA en manos de los

demás. Cuando lo encontró la directora tenía amarrado del cuello un letrero que decía «Maldito, te moriste por perro y por sidoso»”.

Ibrahim Cordero, promotor de educación sexual, ITS y VIH/SIDA, cree que además de la discriminación directa, los rumores, como que el narra Walter, recrudecen el estigma asociado al VIH. Paralelamente, asegura que esta exclusión va de la mano con la falta de información veraz. “Quizás es una perogrullada, pero nunca está demás recordarlo. Mientras no sabemos algo, no nos importa. Así de simple y así sucede con cualquier cosa. Entonces no queda otra que hacerles entender a los internos que es una necesidad saber qué es el SIDA”.

“Lamentablemente, las personas privadas de libertad y que tiene VIH viven bajo un doble etiquetamiento: estar presos y estar, si se lleva al extremo, condenado a la muerte. La diferencia entre ambas etiquetas es ineludible. La segunda está asociada a eso que se conoce como *sociedad de riesgo*, un derivado de la *sociedad del conocimiento* que de alguna manera explica por qué rechazamos lo que es extraño, lo que nos puede hacer daño”, explica Pablo Cerezo, sociólogo y funcionario del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC).

En algunos países, el rechazo hacia las personas que están infectados con VIH han derribado, incluso, las barreras que protegen los derechos humanos. Durante la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, realizada en México a principios de agosto de 2008, ONUSIDA demostró preocupación por la tendencia a la criminalización del VIH que existe en países de África Occidental y Central y en regiones de Europa y Asia Central.

En Guinea, Malí, Níger, Sierra Leona y Togo las leyes no sólo penalizan la transmisión intencionada; penan la exposición sexual, mediante el uso de drogas inyectables o la infección vertical entre madre e hijo. Incluso, en algunos casos, se les ha obligado a algunos profesionales de la salud a informarles a los compañeros

sexuales la infección por VIH de sus respectivas parejas, a pesar de que las pautas internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos establecen que la legislación pública protege el derecho a la privacidad de la salud de los pacientes con VIH o en etapa SIDA.

Para prevenir este tipo de argumentos jurídicos discriminatorios, ONUSIDA publicó un documento en su portal digital, titulado *Criminalización of HIV Transmission* (Criminalización de la transmisión del VIH, en español), en el que explica las consecuencias de estas prácticas e insta a los gobernantes a incrementar el número de proyectos dedicados la prevención de ITS y de VIH.

El peligro legal no es tácito; está expresamente definido: ahora las personas que viven con el virus y que son presuntamente responsables de la transmisión pueden perder su libertad y vivir, para siempre, con un doble tatuaje: el de la culpa y el de la discriminación. Como señala el mismo informe:

El uso inadecuado o demasiado amplio de derecho penal a la transmisión de VIH crea también un verdadero riesgo de estigma creciente y discriminación contra la gente que vive con el VIH, así conduciéndolos más lejos de la prevención de VIH, el tratamiento, el cuidado y servicios de apoyo (2008, p.3).

Por suerte, algunos, como Carlos Luis, ven en el estigma un aliciente para su nueva vida en la calle. Para él, la infección del virus conquistador de las células CD4 se convirtió en una oportunidad para volver a empezar.

Ahora, trabaja en las mañanas como vigilante de un liceo privado ubicado en el casco central de Guatire y en las noches estudia Derecho dentro del plan de la Misión Sucre. Armó su rancho, como él mismo dice, en el Barrio El Milagro, con el apoyo de su concubina —la jevita a la que enamoró con mensajes de texto y llamadas desde la cárcel— y con la ayuda de sus hermanos y su madre.

“No pude quejarme. Hasta la delegada de prueba se preocupa por mi salud y por la defensa de mis derechos. Como y que según es más difícil conseguir más trabajo para gente que tiene VIH, siempre nada pendiente de eso”, explica.

El Tribunal Supremo de Justicia, que tardó más de 10 meses, en declararlo culpable, le concedió a finales de 2007 la libertad condicional, establecida en el artículo 501 del Código Orgánico Procesal Penal.

Bajo esta forma de ejecución de la pena, Carlos Luis no sólo debe estar supervisado por la figura jurídica conocida como “delegado de prueba”, también debe asistir ante el tribunal que lo juzgó cada tres meses, presentar constancia de trabajo, evitar frecuentar bares y licorerías y demostrar una buena conducta. En caso de lo contrario, la ley establece que la medida puede ser revocada.

Ramón y Walter, ambos venezolanos y aún tras las rejas, aseguran con convicción que la felicidad sólo tiene un rostro: el de sus hijos.

Para Ramón, quien cree que saldrá en libertad este año, sus hijos son su razón de vida. “Por ellos es que quiero salir. Demostrarles que yo no cometí ningún error, tratar de recuperar los momentos que no hemos vivido juntos y contarles mi historia para que no la repitan. Son ellos los hijos del mañana. Son mis chamos los que se tienen que cuidar de una vaina llamada SIDA, ponerle el ojo a la discriminación”, relata.

Por eso, al salir de la prisión, quiere formarse como enfermero. “Yo quiero ser un ejemplo de que vivir con VIH no es pecado. Es difícil, claro, porque debes cuidarte más, las defensas del cuerpo están bajas y cualquier síntoma puede ser el timbrazo que te anuncia la muerte. Pero se puede vivir. Nosotros, así como somos, debemos demostrarle al mundo que sí valemos, que sí queremos seguir viviendo”.

Él quizás aún no lo percibe pero ante muchos, sobre todo ante su maestro, Carmelo Romero, paramédico cristiano, Ramón es un hombre ejemplar. “Si algo aprendió con su experiencia aquí y con su infección es a valorar la salud y enseñarles a otros lo mismo”, explica Romero.

Jesús Vicens, doctor en Sociología de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de Barcelona, casos como los de Ramón, explica cómo la salud adquiere un significado profundo cuando se aprehende. “La enfermedad actualmente está tomando un cariz de peligrosidad social y psíquica que degrada la vida diaria (...). [Por estas razones es fundamental entender] que la salud es ante todo un valor y un arte que debemos cultivar” (*El valor de la salud*, 1995, pp.71-72).

El *portugués*, quién seguramente espera con ansias el regreso a su país natal, admira a Ramón y espera seguir sus pasos. En su casa, según cuenta, sus hijos y su esposa saben que vive con VIH, pero sus padres no. Y tiene miedo porque entre los problemas de salud y el asombro, podrían fallecer. “Yo no sé cómo vayan a reaccionar. Ya bastante tuvieron cuando se enteraron que caí preso en Venezuela. No lo sé, de verdad. Sólo espero que me puedan comprender”, reitera una y otra vez.

A Michell, él único que está en etapa SIDA y que vive dentro del Internado Judicial de Los Teques, pareciera no importarle su salud. Ha dejado de comer y ha decidido aislarse con sus propios pensamientos. El único con quien habla es con su entrañable amigo Eduardo, su lazarillo y traductor. Michell, durante las últimas visitas del equipo del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Salud para cumplir con la pesquisa de VIH, ya no salía de su celda. Él, cuenta Eduardo se cansó de esperar la operación de la vista y la ayuda de la justicia venezolana y sudafricana. “Allá, en su cama, se queda mirando una ventana como si quiera salir por allí, volando pa’ su tierra”, confiesa Eduardo.

Todos estos internos, venezolanos y no venezolanos, culpables o inocentes, no son los mismos de ayer. Ya no sólo llevan consigo un expediente judicial que los perseguirá hasta en el rincón más olvidado del mundo; también hasta en ese mismo rincón, llevan consigo el recuerdo perenne de cómo el Virus de Inmunodeficiencia Humana, ha cambiado sus vidas.

*

Para lamento de todos, uno de los conquistadores más poderosos que ha enfrentado la humanidad sigue enarbolando su bandera en todo el mundo. El Virus de Inmunodeficiencia Humana tocó la tierra con sus manos casi treinta años atrás y no parece tener intención de retirarse.

Y ONUSIDA, organización de las Naciones Unidas para erradicar y prevenir la transmisión del VIH, lo reconoció a principios de esta década: todos los esfuerzos han sido insuficientes para detener la epidemia. El virus se expande incontroladamente en los países más pobres y entre la gente pobre de los países ricos.

Sin embargo, muchos voluntarios de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan para arrebatarle espacios al VIH, podrían no compartir la posición que hace casi 10 años expresó ONUSIDA. “¿Entonces, qué? ¿De nada sirven nuestras charlas y nuestras ganas de ganarle la batalla al SIDA?, se preguntó Ana Rondón, enfermera cristiana, cuando escuchó la explicación que daba Ana Tovar, también activista en materia de prevención de ITS y VIH/SIDA, sobre el avance de la epidemia en el mundo.

Algunos logros, como afirma el psicólogo e investigador Leoncio Barrios, se han hecho evidentes hasta ahora: la participación activa de figuras públicas, gobernantes, autoridades nacionales e internacionales durante campañas para evitar la propagación del virus, la significativa preocupación por la educación

como herramienta eficaz de prevención de ITS y VIH, el incremento del acceso para el tratamiento en algunos países.

Sin embargo, estos logros no pueden maquillar las cifras alarmantes de la epidemia. De acuerdo con ONUSIDA, para finales del año pasado existían 33,3 millones de personas con VIH. De este número, según relata Barrios en su reflexión posterior a la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, sólo 3 millones reciben el tratamiento antirretroviral de calidad y en forma regular.

Ni en Europa Occidental, ni en los Estados Unidos, países de intenso desarrollo en materia de investigación y prevención del VIH/SIDA, la epidemia se detiene, aun cuando las muertes por infecciones asociadas al virus han descendido gracias al acceso a los medicamentos necesarios para evitar el desarrollo de la etapa SIDA.

África, en especial, África Meridional, sigue siendo la región más afectada. El 50% de los casos de VIH/SIDA se concentra en países como Sudáfrica, Namibia y Angola.

En América Latina el incremento de las estadísticas epidemiológicas del virus tampoco se queda atrás. Para mediados de 2000, Barrios aseguró en un artículo de opinión publicado en el diario *El Nacional*, que América Latina era la segunda región del mundo en expansión del VIH, con tendencia hacia la africanización de la epidemia. El llamado de alerta pareció no despertar el interés de los departamentos de salud pública de los países latinos. Para 2007, siete años después de la advertencia de Barrios, se infectaron de VIH cerca de 1,7 millones de personas y fallecieron 63.000 por SIDA, según el informe 2007 de ONUSIDA.

En Venezuela, de acuerdo con las reflexiones de Barrios sobre la XVII Conferencia de Sida, el VIH/SIDA se concentra aún en hombres, particularmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres y que son cada vez más jóvenes.

Gracias a la lucha de las personas con VIH y al compromiso del Gobierno Nacional, cerca de 50 mil personas reciben el tratamiento de forma gratuita y de por vida, pero no sabemos cuánto más los necesitan y no lo están recibiendo porque, por un lado, el registro de casos en el país es muy deficiente y, por el otro, solo 2 de cada 10 personas que tienen el virus saben que están infectadas. El 80% de la población no se ha hecho la prueba del VIH (Barrios, 2008, p.1).

Pero el Virus de Inmunodeficiencia Humana ha desplazado, como diría Albert Camus, los límites; ha dominado el cielo y la tierra. La conclusión para Barrios después de la conferencia confirma la preocupación de decenas de voluntarios, de los grandes líderes de ONUSIDA, de las enfermeras que trabajan, día a día, dentro de los penales venezolanos, de los dirigentes de ONG's dedicada a prevenir la transmisión: el VIH sigue expandiéndose y afectando a gente cada vez más joven.

Y esta situación se agrava dentro de uno los grupos que históricamente han sido estigmatizados: las personas privadas de libertad. Walter Usechi, detenido detrás de las rejas del Internado Judicial Rodeo I, lo explica en sus propias palabras.

“Yo me acuerdo que cuando era chamo, allá en Tacarigua de la Laguna, pescábamos mis hermanos, mi papá y yo. Una vez, vi cómo murió el pez más pequeñito que había visto. Lo pescó mi hermano, lo sacó del agua y lo echó en un tobo con un poquitico de agua que yo le había puesto a su lado. Pensé que así sobreviviría. Era muy chiquitico pa'morir. Pero no. Ni con el agua. Se murió después de pegar y pegar brincos. Murió al salir de su medio. Y ni con el agua que le puse murió. Estaba como condenado a morir ahogao aunque suene loco. Así creo que soy yo, o somos los que estamos presos y tenemos SIDA: estamos condenados a una doble muerte. Morimos como humanos aquí encerrados en estas paredes que dan lástima; a nadie le importamos. Y morimos por dentro, porque tenemos que callar y vivir con el miedo a que nos corten en pedazos porque tenemos SIDA”.

La inexistencia de campañas de prevención efectivas dentro de los penales venezolanos sobre los mecanismos de transmisión del virus y la falta de interés de los mismos internos, por desconocimiento, hacia la prueba de VIH, ha convertido esos espacios de encierro, en terreno idóneo para que el VIH viva y se anuncie como el gran conquistador.

Dentro de las cárceles venezolanas, tierra de nadie, carente de condiciones de desarrollo, educación y reinserción, el control y autocontrol no existen, sobre todo, cuando de placer sexual se habla. Cada quien hace sexualmente lo que desea: hombres que mantienen relaciones con esposas pero que a su vez tienen una o dos amantes; hombres a los que no les queda más remedio que pagar para tener sexo; hombres que están expuestos a vivir con una condena a muerte que se disfraza sólo con tres letras, capaz de destruir al más incrédulo, al más fuerte y al más macho; hombres que están a pasos de convertirse en esclavos del conquistador de conquistadores: el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

IV. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CITADAS

Libros

Benavides, J; Quintero, C. (2004) *Escribir en prensa*. Madrid: Prentice Hall.

Cañizález, A. (2004). *Ojos frescos y bien abiertos. Apuntes sobre periodismo de investigación*. Caracas: Instituto Prensa y Sociedad.

Davies, V. (2006). *VIH/SIDA. Biografía de una pandemia*. Caracas: Ediciones de El Nacional.

Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (2006). *Yo decido: hablemos de maternidad y paternidad adolescente, VIH/SIDA, violencia doméstica*. Caracas.

Gómez, E. (1988). *Las penas y las cárceles*. Caracas: Empresa El Cojo

Harrison, T. (2001). *Principios de Medicina Interna*. Volumen 2. 15° edición. Ciudad de México: McGraw Hill.

Hippolyte, O. (1993). *Para desnudarte mejor*. Caracas: Monte Ávila Editores.

Jennings, C (2003). *Qué es el SIDA y cómo prevenirlo*. Caracas: Norma.

Lipovetsky, G. (1993). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.

Posada, A; Salazar, E. (2004). *Las cárceles... Una visión*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones del Rectorado.

Reyes, G. (1999). *Periodismo de Investigación*. Madrid: Trillas.

Ronderos, M. et al. (2004). *Cómo hacer periodismo*. Bogotá: Aguilar.

Vicens, J. (1995). *El valor de la salud: una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

Resúmenes

Barrios, L. (2008). *Conducta sexual y uso del condón en hombres de Caracas* (Resumen)

Barrios, L. (2008, agosto). *La epidemia del VIH y el SIDA aumenta en todo el mundo*. Reflexiones personales a partir de la XVII Conferencia Mundial del Sida. Ciudad de México.

Leyes

República Bolivariana de Venezuela (2000). *Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Extraoficial N°5.453 del 24 de marzo de 2000.

República Bolivariana de Venezuela (2000). *Ley de Régimen Penitenciario*. Gaceta Oficial N° 36975 del 19 de junio de 2000.

República Bolivariana de Venezuela (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Gaceta Oficial N° 37.973 del 6 de julio de 2004.

Informes

Organización de las Naciones Unidas (1988). *Conjunto de Principios para Protección de Todas las Personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*. Asamblea General. Resolución 43/173 del 09 de diciembre de 1988.

Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General. Resolución 217A del 10 de diciembre de 1948

Organización de las Naciones Unidas (1955). *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*. Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Consejo Económico y Social. Resolución 663 del 31 de julio de 1952, ampliadas por la Resolución 2076 del 13 de mayo de 1977.

FUENTES HEMEROGRÁFICAS CITADAS

Periódicos

Davies, V. (2006, 01° de diciembre). *Sólo 10% del presupuesto se destina a evitar el contagio*. Sección de Información General, página 22.

El Siglo de Durango (2003, 18 de diciembre). *Desconocen presos dominicanos medidas de protección contra el SIDA*. Recuperado el 8 de julio de 2008 de <http://dev.elsiglodedurango.com.mx/noticia/20578.desconocen-presos-dominicanos-medidas-de-prot.html>

El Universal. (2008, 10 de marzo). *Aumenta proporción de pacientes femeninos con Sida*. Recuperado el 22 de agosto de http://buscador.eluniversal.com/2008/03/10/ccs_art_aumenta-proporcion-d_749039.shtml

El Universal. (2008, 6 de enero). 62 heridos dejó explosión de una granada en retén de Los Teques. En El Periódico de Venezuela, el acento de la verdad. Recuperado el 24 de agosto de http://elperiodico.web.ve/contenido/index.php?option=com_content&task=view&id=29473&Itemid=2

El Universal. (2004, 1º de abril). *Valores y emociones: ellos y ellas*. Edición Aniversaria 95º años de El Universal. Recuperado el 25 de agosto de http://www.eluniversal.com/aniversario95/til_95a_01A472035.shtml

Hoyer, M. (2007, 27 de diciembre). *Basura en Caracas llegó a 5.000 toneladas diarias*. Recuperado el 22 de agosto de 2008 de http://www.venezolanosenlinea.com/index.php?option=com_content&task=view&id=17685&Itemid=64

La Voz. (2008, 22 de agosto). *En el municipio “Simón Bolívar” aprueban Ordenanza de Desarme*. Sección Valles del Tuy, página 6.

La Voz. (2008, 22 de agosto). *Alcalde exige a cuerpos de seguridad arremeter contra hampa en Río Chico*. Sección Barlovento, página 22.

Velásquez, N. (2008, 22 de agosto). *35 transportistas han muerto a manos del hampa en lo que va de año*. Diario La Voz, página 5.

TRABAJOS DE GRADO CITADOS

Strazza, L. (2003). *Estudo da vulnerabilidade á infecciao pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butanta-SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT*. Tesis de grado publicada. Universidad Federal de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil

FUENTES ELECTRÓNICAS CITADAS

Acción Ciudadana Contra el SIDA (1999). *Informe sobre la situación del VIH/SIDA y los derechos humanos de los privados de libertad en Venezuela*. Recuperado el 15 de septiembre de 2007 de <http://www.laccaso.org/pdfs/prisionvene.pdf>

Acción Ciudadana Contra el SIDA (2008). *Informe Comunitario Venezuela 2008: Monitoreo y evaluación del logro de las metas de la declaración de compromiso en VIH/SIDA*. Recuperado el 20 de julio de 2008 de <http://www.laccaso.org/pdfs/INFORME%20FINAL%20UNGASS%20%20COMUNITARIO%20VENEZUELA%202008.pdf>

Agencia Bolivariana de Noticias. (2008, 17 de julio). *En 36,9% se redujo violencia carcelaria en Venezuela durante primer semestre*. Recuperado el 20 de julio de 2008 de http://www.abn.info.ve/reportaje_detalle.php?articulo=826

Centro Latinoamericano Salud y Mujer (2007). *Vive tu vida antes de dar vida a otro ser*. Recuperado en julio 8, 2008 de http://www.celsam.org/home/articulos.asp?cve_articulo=39

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. *¿Los pacientes corren el riesgo de contraer el VIH en los centros de salud?* Recuperado el 23 de agosto de 2008 de <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/qa29.htm>

Day, M. (2007). *Semen chemical promotes HIV infection*. En Tapia, Félix. *Blog de Félix Tapia*. Recuperado en julio 15, 2008 de <http://felixjtapia.org/blog/?p=1018>

La Guía Médica. (s.f). *Un tabú en la cama*. Recuperado el 23 de agosto de 2008 de http://www.laguiamedica.com/tema_secion.php?idtip=267

Martínez, M. (1993). *El paradigma emergente*. Recuperado el 25 de agosto de www.revistapolis.cl/polis%20final/4/marti.htm

Martínez, M. (1993). *La Etnometodología y el Interaccionismo Simbólico*, de que la realidad es “algo construido, producido y vivido por sus miembros” (p.2).

Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia (2007, 26 de octubre). *Caja de Trabajo Penitenciario promueve panaderías en internados judiciales*. Recuperado el 30 de junio de 2008 de <http://www.mpprij.gob.ve/spip.php?article3011>

Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia. (2008, 28 de marzo). *Equipo de Reacción Inmediata de Custodia 3 años en el desarme y reducción de la violencia penitenciaria*. Recuperado el 23 de agosto de www.mpprij.gob.ve/spip.php?article4455

Modalidades de tesis. (s.f.). Recuperado el 26 de junio de 2008, de www.ucab.edu.ve

Morales T. *et al.* (1995). *Freedom and HIV prevention: challenges facing Latino inmates leaving prison*. En Grupo de Mujeres Argentinas. Recuperado en Julio 8, 2008 de <http://www.grupodemujeres.org.ar/DDHH/detrasdemuros.htm>

Nuestra señora de Las Mercedes, patrona de los presos. (s.f). Aci.Digital [Homepage] Recuperado el 31 de julio de 2008 de <http://www.aciprensa.com/santoral/24sets.htm>

Observatorio Venezolano de Prisiones (2008). *Situación carcelaria en Venezuela: informe 2007*. Recuperado el 20 de enero de 2008 de http://www.ovprisiones.org/pdf/2007_Informe_Situación_Carcelaria_Venezuela.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Resumen del análisis de situación y tendencias de salud en Venezuela*. Recuperado en julio 8, 2008 de http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_862.htm

Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (2005, abril). Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA. *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudio de caso de intervenciones exitosas*. Recuperado el 10 de julio de 2008 de data.unaids.org/publications/irc-pub06/JC999-HumRightsViol_es.pdf

Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. *Informe situación de la epidemia de Sida 2007*. Recuperado el 15 de marzo de 2008 de <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>

Rangel, A. (09 de mayo de 2005). *La basura: un problema capital*. Recuperado el 22 de agosto de 2008 de http://www.minci.gob.ve/reportajes/2/5570/la_basuraun_problema.html

Real Academia Española (2007). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado en junio 27, 2007 de <http://www.rae.es/>

República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Anuario de Mortalidad 2006*. Recuperado en julio 15, 2008 de http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm

Rincón, I. (2007, 26 de septiembre) *Niñas que se convierten en madres*. Recuperado el 8 de julio de 2008 <http://www.correodelcaroni.com/content/view/79073/155/>

San Francisco Aids Foundation. *¿Cómo se disemina el VIH?* Recuperado el 22 de agosto de <http://www.sfaf.org/informaciondelvih/disemina.html#tatuajes>

Sida en la Mujer. Información para la comunidad: ¿Qué hacer si sufres una agresión con una aguja o un objeto cortante? Recuperado el 22 de agosto de http://www.sidaenlamujer.com/info_comunidad.htm

Sociedad Venezolana de Infectología. *Tuberculosis en Venezuela*. Recuperado en julio 20, 2008 de <http://www.svinfectologia.org/TUBERCULSOSISenVenezuela11.ppt>

Walschaerts, C. *Televisión-RDC: Para pensar en el sida*. Inter Prees Service. Com. 2007. Recuperado en julio 10, 2008 de <http://ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=86207>

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

Libros

Calhoun, C; Light, D. & Keller, S. (2000). *Sociología*. Madrid: Mc Graw Hill.

Rotker, S. (2000) *Ciudadanías del miedo*. Caracas: Nueva Sociedad.

Informes

Observatorio Latinoamericano de Prisiones (2007). *A la sombra de la sociedad: situación penitenciaria en Latinoamérica*. Recuperado el 20 de julio de 2008 de www.ovprisiones.org/

V. ANEXOS



Reunión intersectorial para el Programa de VIH/SIDA y Tuberculosis en el Medio Penitenciario realizada en la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso a principios de junio de 2008

Cortesía Zulay Arellano



Reunión intersectorial para el Programa de VIH/SIDA y Tuberculosis en el Medio Penitenciario realizada en la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso a principios de junio de 2008

Cortesía Zulay Arellano



Jornada de pesquisa de VIH/SIDA dirigida por la Confraternidad Carcelaria de Venezuela en el retén de La Planta

Cortesía Zulay Arellano



Durante la jornada de pesquisa de VIH/SIDA dirigida por la Confraternidad Carcelaria de Venezuela en el retén de La Planta, los internos también escucharon música y recibieron la palabra de Dios

Cortesía Zulay Arellano



Escaleras que dan acceso al pabellón 1 del Internado Judicial de Los Teques. Las enfermeras se dirigen a la salida del penal mientras algunos internos se despiden

Cortesía Zulay Arellano



De izquierda a derecha parte del equipo de encuestadores del programa VIH/SIDA y Tuberculosis en el pabellón 1 del Internado Judicial de Los Teques: Adriana Romero, Govinda Goncalves y Roberto Mosquera

Cortesía Zulay Arellano



En la entrada del Instituto Nacional de Orientación Femenina (INOF), localizado en Los Teques. De izquierda a derecha miembros del equipo de pesquisa de VIH/SIDA: Ana Rondón, Yaxilde López, Govinda Goncalves, Edith Cabrera, John Hernández, Zulay Arellano y Adriana Romero

Cortesía de Zulay Arellano



Equipo de enfermeras adscritas al Ministerio de Salud y voluntarias de la Brigada de Auxilio Comunicaciones y Emergencias durante la jornada de pesquisa de VIH/SIDA en el pabellón 1 del retén de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Roberto Mosquera, Coordinador de Salud Integral de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso, mientras encuestaba a uno de los internos del pabellón 1 del retén de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Zulay Arellano en compañía de dos internos del pabellón I del Internado Judicial de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Al fondo, detrás del banco el equipo del Programa de VIH/SIDA y Tuberculosis en el Medio Penitenciario encuestaba a los internos del pabellón 1 del Internado Judicial de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Los internos del pabellón 1 del Internado Judicial de Los Teques se organizan en fila antes de ser encuestados

Cortesía Zulay Arellano



Pared que da hacia las escaleras del pabellón 1 del I.J. de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano

Yo durante dictando una charla preventiva sobre el VIH en una de las aulas educativas del I.J Los Teques. A mi lado, Carmelo Romero, paramédico cristiano

Cortesía Zulay Arellano





El grupo de internos escuchaba la charla preventiva que dictamos Zulay Arellano y yo en una de las aulas educativas del I.J. Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Una enfermera del MIJ toma la primera prueba ELISA a uno de los internos del retén de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Al fondo, el grupo de encuestadoras del Ministerio de Salud realizaba las preguntas pertinentes antes de la pesquisa de VIH dentro de otras de las aulas educativas del retén de Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Yo mientras encuestaba al pastor del pabellón cristiano del Internado Judicial de
Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Pared central del comedor del I.J. Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



Cocina del I.J. Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



El equipo de enfermeras del Ministerio de Salud y miembros del Programa Nacional de SIDA discutía la organización de la jornada en el comedor del I.J. Los Teques

Cortesía Zulay Arellano



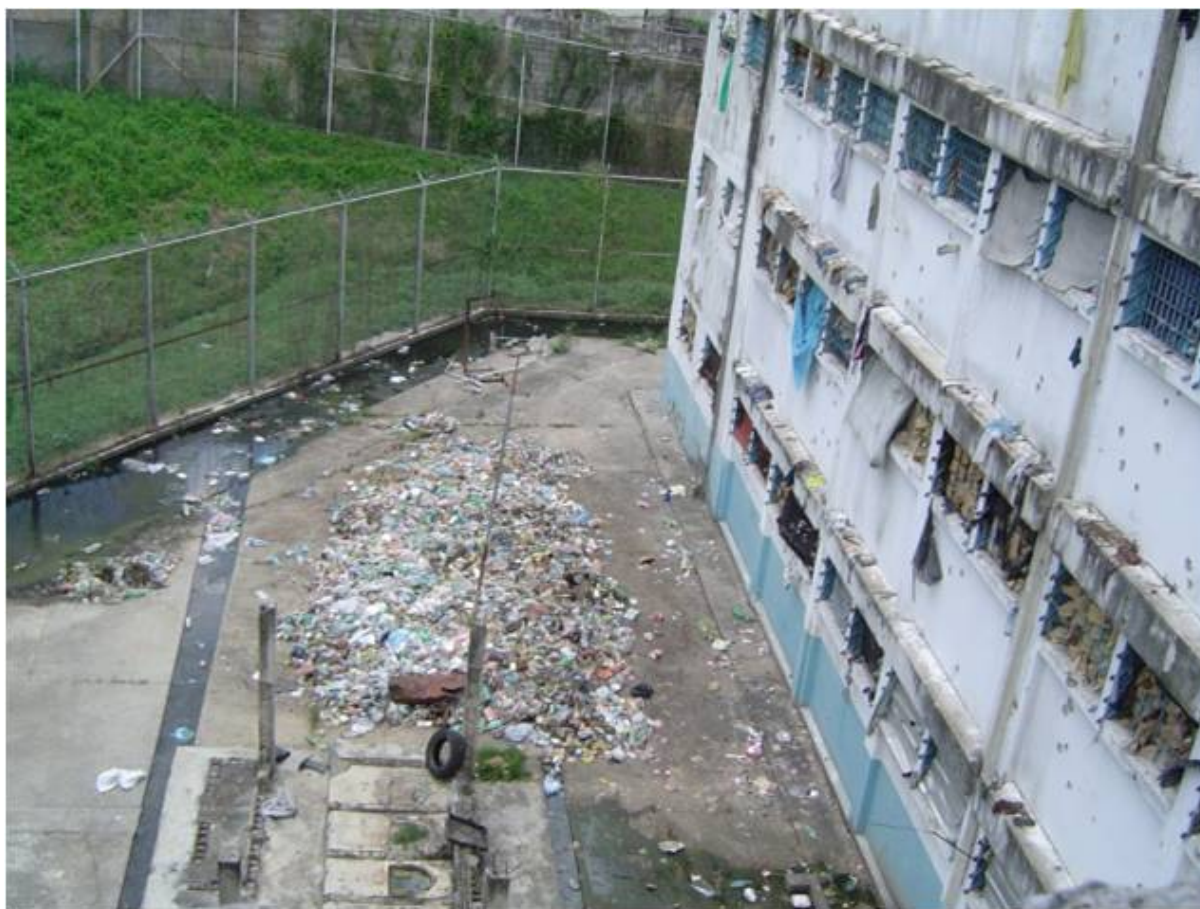
José Maldonado, uno de los máximos dirigentes de la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha” señala con su mano la cantidad de basura acumulada en la entrada de la Torre del I.J Rodeo I

Cortesía José Argenis Sánchez



En la foto, un grupo de cristianos del pabellón 4 del I.J. Los Teques está en compañía de miembros de la Congregación Cristiana “Liberados en Marcha”. Sentados están, de izquierda a derecha: Hugo Ruiz, José Maldonado, Jarles Chávez y Gilbert Caro

Cortesía José Argenis Sánchez



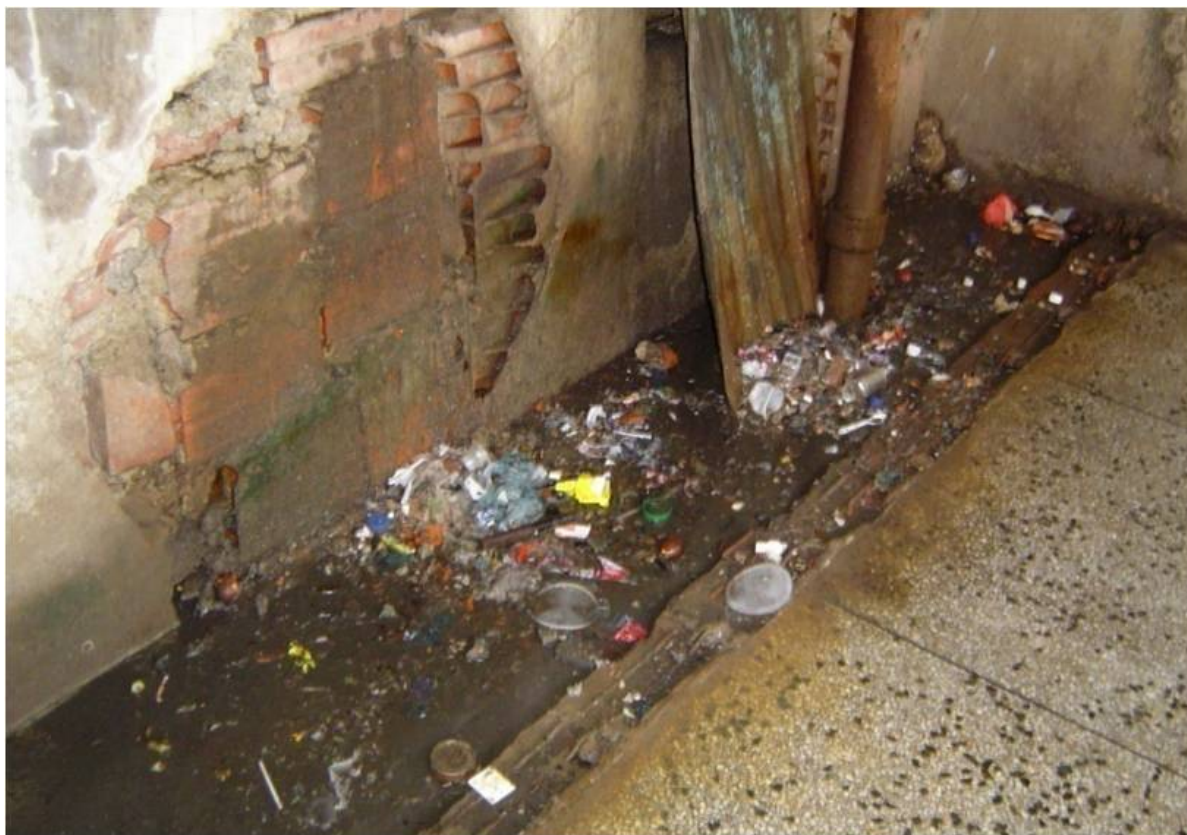
Parte posterior de la Torre del I.J. Rodeo I. La basura está apoderada de la zona exterior

Cortesía José Argenis Sánchez



Internos del I.J. Rodeo I hacen ejercicios en la cancha descubierta del penal

Cortesía José Argenis Sánchez



Desagües de las letrinas, que ya no existen, de uno de los pabellones del I. J. Rodeo I.

Cortesía José Argenis Sánchez



Fachada de la Torre del I.J Rodeo I

Cortesía José Argenis Sánchez



Miembros de la banda *Barrio Chino* del I.J. Rodeo II. Todos están armados

Cortesía José Argenis Sánchez



Miembros de la banda *Barrio Chino* del I.J. Rodeo I. También todos armados, incluso con granadas

Cortesía José Argenis Sánchez



Universidad Católica Andrés Bello
Rif-J-00012255-5
Av. Teherán, Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332
Escuela de Comunicación Social- Edif. de Aulas, Módulo 4 piso 3
Tlf: 58+(0212)407.4232 Fax: 58+(0212)407.4265
Caracas (1020) - Venezuela
www.ucab.edu.ve

Caracas, 26 de mayo de 2008

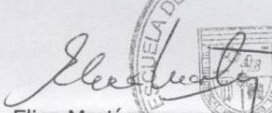
Dr. Roberto Mosquera (Encargado)
Coordinación de Salud Integral
Ministerio del Poder Popular para las
Relaciones Interiores y Justicia
Presente.

Certifico por medio de la presente que la **Br. Adriana Romero Puche**, Cédula de Identidad Nr. **17.080.326** es estudiante del **10° Semestre** de Comunicación Social, Mención **Periodismo** esta realizando su Trabajo de Grado titulado: "El VIH-SIDA detrás de las rejas: condiciones de los reclusos en las cárceles venezolanas" Tutora: Lic. Acianela Montes de Oca, por lo que le rogamos que estudien la posibilidad de concederle información sobre las estadísticas que ustedes lleven sobre: cifras de personas privadas de libertad que viven con VIH o desarrollan el SIDA. ¿Cómo viven estas personas?

Sirva la presente para informar que este trabajo es requisito indispensable para obtener el título de Licenciado en Comunicación Social, por lo que se trata de una actividad netamente académica.

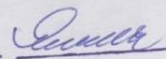
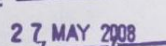
Agradecemos por anticipado la colaboración que le puedan prestar para su culminación.

Atentamente,


Elisa Martínez
Coordinadora de Trabajo de Grado y Pasantías
Escuela de Comunicación Social

EM/lg




Recibido por: 
27 MAY 2008



Universidad Católica Andrés Bello

Rif-J-00012255-5

Av. Teherán, Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332
Escuela de Comunicación Social- Edif. de Aulas, Módulo 4 piso 3
Tlf: 58+(0212)407.4232 Fax:58+(0212)407.4265
Caracas (1020) - Venezuela
www.ucab.edu.ve

Caracas ,26 de mayo de 2008

Dra. Daisy Matos
Coordinadora del Programa Nacional de Sida
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Presente.

Certifico por medio de la presente que la **Br. Adriana Romero Puche**, Cédula de Identidad Nr. **17.080.326** es estudiante del **10º Semestre** de Comunicación Social, Mención **Periodismo** esta realizando su Trabajo de Grado titulado: " El VIH-SIDA detrás de las rejas: condiciones de los reclusos en las cárceles venezolanas" tutora: Lic. Acianela Montes de Oca, por lo que le rogamos que estudien la posibilidad de concederle información sobre las estadísticas que ustedes lleven sobre la última data de personas infectadas con VIH y cifras de personas tras las rejas que viven con este virus.

Sirva la presente para informar que este trabajo es requisito indispensable para obtener el título de Licenciado en Comunicación Social, por lo que se trata de una actividad netamente académica.

Agradecemos por anticipado la colaboración que le puedan prestar para su culminación.

Atentamente,


Elisa Martínez
Coordinadora de Trabajo de Grado y Pasantías
Escuela de Comunicación Social

EM/lg



Universidad Católica Andrés Bello

Rif: J-00012255-5
Av. Teherán, Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332
Escuela de Comunicación Social- Edif. de Aulas, Módulo 4 piso 3
Tlf: 58+(0212)407.4232 Fax: 58+(0212)407.4265
Caracas (1020) - Venezuela
www.ucab.edu.ve

Caracas, 26 de mayo de 2008

Lic. Pedro Maldonado
Director de Derechos Humanos
Ministerio del Poder Popular para
las Relaciones Interiores y Justicia.
Presente.

Certifico por medio de la presente que la **Br. Adriana Romero Puche**, Cédula de Identidad Nr. **17.080.326** es estudiante del **10° Semestre** de Comunicación Social, Mención **Periodismo** esta realizando su Trabajo de Grado titulado: "El VIH-SIDA detrás de las rejas: condiciones de los reclusos en las cárceles venezolanas" Tutora: Acianela Montes de Oca, por lo que le rogamos que estudien la posibilidad de concederle información sobre las condiciones de vida de las personas privadas de libertad, especialmente quines vivan con VIH o tengan SIDA.

Sirva la presente para informar que este trabajo es requisito indispensable para obtener el título de Licenciado en Comunicación Social, por lo que se trata de una actividad netamente académica.

Agradecemos por anticipado la colaboración que le puedan prestar para su culminación.

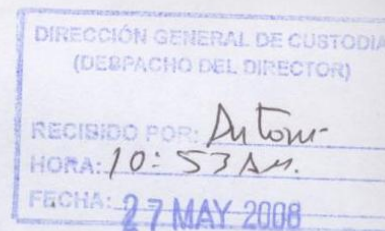
Atentamente,

Elisa Martínez
Coordinadora de Trabajo de Grado y Pasantías
Escuela de Comunicación Social

EM/lg



Universidad Católica Andrés Bello
Rif: J-00012255-5
Av. Teherán, Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332
Escuela de Comunicación Social- Edif. de Aulas, Módulo 4 piso 3
Tlf: 58+(0212)407.4232 Fax: 58+(0212)407.4265
Caracas (1020) - Venezuela
www.ucab.edu.ve



Caracas, 26 de mayo de 2008

Lic. Ismel Serrano
Director General de Custodia y Rehabilitación al Recluso
Ministerio del Poder Popular para las
Relaciones de Interiores y Justicia
Presente.

Certifico por medio de la presente que la **Br. Adriana Romero Puche**, Cédula de Identidad Nr. **17.080.326** es estudiante del **10° Semestre** de Comunicación Social, Mención **Periodismo** esta realizando su Trabajo de Grado titulado: "El VIH-SIDA detrás de las rejas: condiciones de los reclusos en las cárceles venezolanas" Tutora: Acianela Montes de Oca, por lo que le rogamos que estudie la posibilidad darle una entrevista personal con el fin de conversar sobre su trabajo de grado.

Sirva la presente para informar que este trabajo es requisito indispensable para obtener el título de Licenciado en Comunicación Social, por lo que se trata de una actividad netamente académica.

Agradecemos por anticipado la colaboración que le puedan prestar para su culminación.

Atentamente,

Elisa Martínez
Coordinadora de Trabajo de Grado y Pasantías
Escuela de Comunicación Social

EM/lg



Universidad Católica Andrés Bello
Rif: J-00012255-5
Av. Teherán, Urb. Montalbán – La Vega – Apartado 20332
Escuela de Comunicación Social- Edif. de Aulas, Módulo 4 piso 3
Tlf: 58+(0212)407.4232 Fax: 58+(0212)407.4265
Caracas (1020) – Venezuela
www.ucab.edu.ve

Caracas ,19 de mayo de 2008

Señores
Ministerio del Poder Popular de Interiores y Justicia
Programa Nacional de Sida
Departamento de Estadística
Presente.

Certifico por medio de la presente que la **Br. Adriana Romero Puche**, Cédula de Identidad Nr. **17.080.326** es estudiante del **10° Semestre** de Comunicación Social, Mención **Periodismo** esta realizando su Trabajo de Grado titulado: "El VIH-SIDA detrás de las rejas: condiciones de los reclusos en las cárceles venezolanas" Tutora: Acianela Montes de Oca, por lo que le rogamos que estudien la posibilidad de concederle información sobre las estadísticas que ustedes lleven sobre estos datos: última data sobre personas infectadas con VIH, los reportajes de números de heridos y fallecidos y los reportajes de personas que viven con VIH.

Sirva la presente para informar que este trabajo es requisito indispensable para obtener el título de Licenciado en Comunicación Social, por lo que se trata de una actividad netamente académica.

Agradecemos por anticipado la colaboración que le puedan prestar para su culminación.

Atentamente,



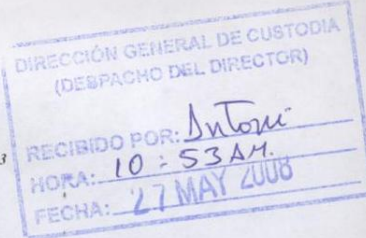
Elisa Martínez
Coordinadora de Trabajo de Grado y Pasantías
Escuela de Comunicación Social

EM/Ig



Universidad Católica Andrés Bello

Rif-J-00012255-5
Av. Teherán, Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 20332
Escuela de Comunicación Social- Edif. de Aulas, Módulo 4 piso 3
Tlf: 58+(0212)407.4232 Fax:58+(0212)407.4265
Caracas (1020) - Venezuela
www.ucab.edu.ve



Caracas, 26 de mayo de 2008

Señores
Departamento de Estadística
Dirección General
Ministerio del Poder Popular para las
Relaciones de Interiores y Justicia
Presente.

Certifico por medio de la presente que la **Br. Adriana Romero Puche**, Cédula de Identidad Nr. **17.080.326** es estudiante del **10° Semestre** de Comunicación Social, Mención **Periodismo** esta realizando su Trabajo de Grado titulado: "El VIH-SIDA detrás de las rejas: condiciones de los reclusos en las cárceles venezolanas" Tutora: Acianela Montes de Oca, por lo que le rogamos que estudien la posibilidad de concederle información sobre las estadísticas que ustedes lleven sobre: Cifras de personas heridas y fallecidas en todos los centros penitenciarios del país y obtener más detalles sobre personas que viven con VIH.

Sirva la presente para informar que este trabajo es requisito indispensable para obtener el título de Licenciado en Comunicación Social, por lo que se trata de una actividad netamente académica.

Agradecemos por anticipado la colaboración que le puedan prestar para su culminación.

Atentamente,

Elisa Martínez
Coordinadora de Trabajo de Grado y Pasantías
Escuela de Comunicación Social

EM/lg



(0416) 7021763



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, titular de la C.I. Nro _____.

Manifiesto a través de la firma del presente documento mi interés de efectuarme la prueba de detección del VIH, la cual entiendo y comprendo que los resultados de la misma se mantendrán bajo estricta confidencialidad y que sólo podrá ser manejados por el personal médico, estando de acuerdo en que asistiré el día de la entrega de los resultados como parte de mi derecho a la salud.

 Gobierno Bolivariano de Venezuela		 Ministerio de Salud		 Venezuela AHORA ES DE TODOS	Nº Usuario
Datos Orientación	1) Fecha de Atención (dd/mm/aa)		2) Establecimiento Penitenciario		3) Tipo de Intervención (Pre-Prueba) (1) Individual (3) Ninguna (2) Colectiva (4) Individual y Colectiva
	4) Área	5) Número y/o Letra	6) ¿Va a Realizarse la Prueba? (1) SI (2) NO		7) ¿Primera Prueba? (1) SI (2) NO
	8) Situación Procesal (1) Procesado(a) (2) Penado(a)		9) ¿Tiempo que lleva en el Sistema Penitenciario?	10) Prueba Identificada (1) SI (2) NO	11) Muestra Número de C.I. en la Etiqueta: (1) SI (2) NO
Datos del Usuario	12) Nombre / Alias			13) Cedula de Identidad o Pasaporte	
	14) Sexo (1) Masc. (2) Fem.	15) Embarazada (1) SI (2) NO	16) Semanas de Embarazo	17) Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
	18) Estado Civil (1) Casado(a) (3) Divorciado(a) (5) Concubinato (2) Soltero(a) (4) Viudo(a) (99) No informo		19) Escolaridad (1) Ninguno (3) Básico II (5) Superior o más (2) Básico (4) Diversificado (99) No informo		20) Nacionalidad
	21) Edad		22) Ocupación		
Autorización de Contacto	23) Permite Contacto (1) SI (2) NO		24) Correo Electrónico		FIRMA DEL USUARIO
	25) Tipo de Contacto (1) Teléfono (3) Correo Electrónico (2) Mensaje del Servicio (4) Otra				
	CLAUSULA DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN En caso de no buscar el resultado, autorizo a este servicio a entrar en contacto conmigo, respetando mi derecho a la privacidad y la confidencialidad de las informaciones				
Datos de Residencia	26) Dirección		27) Tipo de Vivienda (1) Rancho (2) Casa (3) Quinta (4) Apartamento		28) Número de la Vivienda
	29) Estado		30) Municipio		31) Urbanización, Caserio
	32) Zona (1) Urbana (2) Rural	33) Teléfonos		34) Tipo (1) Propio (2) Familiar (3) Amigo/Vecino	
Datos del Formulario	35) Motivo de la atención (1) Exposición a Situación de Riesgo (2) Síntoma Relacionado con SIDA (3) Conocimiento del Estado Serológico (4) Examen Pre-natal (5) Ventana Inmunológica (3 meses) (6) Sospecha de ITS (7) Prevención (8) Síntoma relacionado con T.B. (9) Otro (10) No Informo			36) Medios por los cuales obtuvo información sobre la infección por VIH y TB (1) Material de Divulgación (2) Amigos/Familia/Usuanos del Servicio (3) Periódico/Radio/TV (4) Banco de Sangre (5) Servicio/Profesional de Salud (6) Barrio Adentro (7) ONG (8) Internet (9) Campañas (97) Otros (99) No informo	
Notas de Orientación	37) Observaciones				

Continuación de la Ficha			
Antecedentes Epidemiológicos	38) ¿Acudió a un Banco de Sangre para Donar en los últimos 12 meses?	39) ¿Presentó Tuberculosis en los últimos 12 Meses?	40) ¿Presentó ITS en los últimos 12 Meses?
	(1) Si (2) No	(1) Si (2) No	(1) Si (2) No
	41) En caso de Respuesta Positiva, ¿Cómo se trató?	(1) Servicio de Salud (3) Auto medicado (5) No se trató (99) No informó (2) Consulta en Farmacia (4) No recuerda (98) No se aplica	
	42) ¿Usó Drogas en los últimos 12 meses?	43) En caso de Uso de Drogas, identifique Cuales y su Frecuencia	
(1) Si (2) No	(1) Alcohol (3) Cocaína Aspirada (5) Crack (7) Heroína Intravenosa (2) Marihuana (4) Cocaína Intravenosa (6) Heroína Aspirada (8) Anfetaminas (9) Otras		
44) Compartió jeringas/aguja en los últimos 12 meses	(1) Si (2) No (3) No recuerda (98) No se aplica (99) No informó		Leyenda p/frecuencia de uso de drogas 1) Nunca usó 2) Una sola vez 3) De vez en cuando 4) Frecuentemente
45) Tipo de Pareja Sexual y Cantidad (en números) en los últimos 12 meses	(1) Hombre (2) Mujer (3) Travesti/Transexual (1.1) Trabajador Sexual (2.1) Trabajadora Sexual (99) No informó		
46) Tipo de Exposición (Marque con x hasta 2 opciones)	(1) Relación Sexual (3) Compartir Jeringas/Agujas (5) Accidente Laboral (exposición a material biológico) (7) No refiere riesgo biológico (99) No informó (2) Transfusión de sangre/hemoderivados (4) Hemofilia (6) Transmisión Vertical (97) Otros		
Información sobre el Uso de Condón	47) Uso de Condón con pareja fija (actual) en los últimos 12 meses	48) Uso de condones en el último acto sexual con pareja fija	
	(1) Usó todas las veces (3) Usó menos de la mitad de las veces (98) No se aplica (2) No usó (4) Usó más de la mitad de las veces (99) No informó	(1) Si (3) No recuerda (98) No se aplica (2) No (4) Si pero se rompió (99) No informó	
	49) Motivo de la no utilización de Condones con Pareja Fija	(13) No tiene condiciones de comprarlo (19) Alergia al producto (14) No le dio tiempo (97) Otros (15) Desea tener hijo (98) No se aplica (16) Tamaño del preservativo (99) No informó (17) Disfunción sexual (18) Violencia Sexual	
	50) Riesgo de pareja Fija	(1) Relaciones Bisexuales (3) Usuario de Drogas inyectables (5) Seropositivo p/ VIH (97) Otros (99) No informó (2) Transfusión de Sangre/Hemofilia (4) Uso de otras Drogas (6) Tiene o tuvo ITS (98) No aplica	
51) Uso del preservativo con Parejas Eventuales en los últimos 12 meses	52) Uso del preservativo en la Última Relación con Pareja Eventual		
(1) Usó todas las veces (4) Usó más de la mitad de las veces (98) No se aplica (2) No usó (99) No se aplica (3) Usó menos de la mitad de las veces (99) No informó	(1) Si (4) Si, pero se rompió (2) No (98) No se aplica (3) No recuerda (99) No informó		
53) Motivo de la no utilización de Condones con Pareja Eventual	(13) No tiene condiciones de comprarlo (19) Alergia al producto (14) No le dio tiempo (97) Otros (15) Desea tener hijo (98) No se aplica (16) Tamaño del preservativo (99) No informó (17) Disfunción sexual (18) Violencia Sexual		
Cohorte	54) Cohorte Poblacional (Marque con X hasta 3 respuestas)		
	(1) Población en General (5) Hombre que tiene sexo con hombre (9) Portador de ITS (13) Portador de Hepatitis B/C/D (2) Población Carcelaria (6) Usuario de drogas inyectables (10) Hemofílico y politransfundido (14) Persona en Exclusión Social (3) Camioneros/transportistas (7) Usuario de otras Drogas (11) Profesional de la salud (15) Militares (4) Profesional del Sexo (8) Persona viviendo con VIH/SIDA (12) Travesti/Transexual (97) Otros		

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA



VICE-MINISTERIO DE SEGURIDAD CIUDADANA
DIRECCIÓN GENERAL DE CUSTODIA
Y REHABILITACIÓN DEL RECLUSO

PROGRAMA REUNIÓN INTERSECTORIAL VIH y TB EN EL MEDIO PENITENCIARIO

- 8:00 am.** Mesa de Registro.
- 8:30 am.** Palabras de Bienvenida. Director General de Custodia y Rehabilitación del Recluso **Ysmel Serrano Flórez.**
- 9:00 am.** La Tuberculosis en el medio penitenciario **Dra. Mercedes España** Programa Nacional de Salud Respiratoria.
- 9:30 am.** El VIH en el medio Penitenciario **Dra. Deysi Matos** Programa Nacional VIH/ITS.
- 10:00 am.** Refrigerio.
- 10:30 am.** Presentación del Programa VIH y TB en medio penitenciario.
Ftico. Roberto Mosquera
- 11:00 am.** Mesas de Trabajo para discusión del plan.
- 12:00 am.** Plenaria (voceros de cada mesa exponen sus perspectivas).
- 1:00 am.** Cierre y lectura del Documento Final.

PROGRAMA DE VIH/SIDA Y TB EN EL SISTEMA PENITENCIARIO

	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	COMPROMISO POLÍTICO 1.1.- Acuerdo de cooperación establecido entre la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso (DGCRR) del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia (MPPRIJ) y la Dirección de Salud Poblacional (Programa Nacional VIH/ITS y el Programa Nacional de Salud Respuesta) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), para iniciar la elaboración de un Estudio Epidemiológico en todos los establecimientos penitenciarios seleccionados con el apoyo de ONG. 1.2.- Directores y Jefes de los servicios médicos de los establecimientos penitenciarios y el Equipo de Control de VIH/ITS y TB estatal, estarán sensibilizados en la lucha contra el SIDA y la TB los involucrados, y comprometidos con el desarrollo de la estrategia de control de VIH/SIDA y TB en los establecimientos penales.	Establecer el compromiso de cooperación Asistencia del 90% de los directores, médicos de los establecimientos penitenciarios y el Equipo de VIH y TB estatal a un taller de sensibilización y medidas de control del VIH.	Realizar una reunión donde asistan representantes de la Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso del MPPRIJ y de la Coordinación Nacional del Programa de VIH/ITS. Y la del Programa de Salud Respiratoria. Planificar, organizar y ejecutar el Taller.	Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso (Coordinación de Salud Integral) Dirección General de Salud Poblacional del Ministerio de Salud (Programa de VIH/ITS y Programa de Salud Respiratoria)
2	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN 2.1.- El Personal de Salud de los establecimientos penitenciarios se encuentra capacitado para ejecutar las actividades básicas de control y prevención de la VIH/SIDA y TB. 2.2.- Los privados de libertad en los establecimientos penitenciarios, conocen aspectos básicos de transmisión, diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH y TB. 2.3.- Los pacientes con VIH de los establecimientos penitenciarios y sus familiares conocen aspectos básicos de transmisión, diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH/SIDA, y TB así como también los riesgos que conlleva el abandono y la irregularidad en la toma del tratamiento. 2.4.- Personal Administrativo de los establecimientos penitenciarios, Jueces y personal encargado de los traslados conocen el Programa de VIH/ITS y TB dando la importancia de informar los traslados y los casos en tratamiento que salgan en libertad.	El 90% del personal de salud penitenciario conocerá los métodos de prevención y control de VIH/SIDA y TB El 75% de los privados de libertad recibirán mensajes educativos sobre prevención y control de la VIH/SIDA y TB. El 100% de los pacientes y el 40% de los familiares visitantes recibirán información sobre la enfermedad y la importancia de la adherencia al tratamiento.	Planificar, organizar y ejecutar la formación del personal de salud, administrativo y del poder judicial, así como los privados de la libertad y sus familiares.	Dirección General de Custodia y Rehabilitación del Recluso (Coordinación de Salud Integral) Dirección General de Salud Poblacional del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Programa VIH/SIDA y TB Regional) Servicio de Salud de los Establecimientos Penales

	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
3	DETECCION DE CASOS Y DIAGNOSTICO Las actividades de control del VIH/ITS y TB desarrolladas por el personal de salud de las prisiones están integradas al Programa Nacional de VIH/SIDA y TB, quien realizará un Estudio de seroprevalencia en todos los establecimientos penitenciarios.	El 100% de los internos que den su consentimiento son examinados con prueba diagnóstica. El 100% de los internos que resulten seropositivos, se realiza prueba confirmatoria. El investigaran los contactos al 100% de los casos.	Entrenar al personal de salud para la toma y transporte de muestras para diagnóstico. Realizar toma de muestras a todos los internos que den su consentimiento. En caso de TB se realiza prueba diagnóstica a los Sintomáticos Respiratorios detectados. Designar el laboratorio que procesará las muestras para confirmatorios. Establecer una Red para el traslado de muestras y devolución de resultados.	PVIH/ITS y TB Regional Servicio de Salud de los Establecimientos Penales
4	TRATAMIENTO Los internos diagnosticados con VIH o TB que ameriten tratamiento, están farmacoterapéuticamente bien atendidos.	El 100% de los casos positivos tendrá acceso al tratamiento estandarizado de acuerdo a lo que establece la pauta nacional, así como tratamiento de soporte.	Asegurar el abastecimiento de fármacos antirretrovirales y de soporte, así como los anti tuberculosis. Entrenar al personal de salud del penal en la administración de tratamiento y vigilancia de reacciones adversas. Educar a los privados de libertad sobre los beneficios de la buena adherencia al tratamiento. Establecer un sistema de referencia para los privados de libertad que son trasladados o que salen en libertad.	PVIH y TB Regional Servicio de Salud de los Establecimientos Penales

	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
5	TRANSMISIÓN Riesgo de transmisión del VIH/ITS y TB disminuido en los privados de libertad	100% de los internos con visita conyugal tendrán acceso a preservativos como medida profiláctica. Se identificarán los principales medios de transmisión en el ámbito penitenciario. Biosseguridad adecuada en la toma, transporte y procesamiento de muestras.	Encuesta donde se evalúen los estilos de vida que promuevan la transmisión. Talleres de promoción en el uso del preservativo. Adquisición y distribución de preservativos.	PVIH/ITS y TB Regional Servicio de Salud de los Establecimientos Penitenciarios
6	MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN Monitoreo funcionando Supervisión realizándose Evaluación semestral	Se supervisará y evaluará el funcionamiento del programa en todos los establecimientos penales.	Designar un equipo evaluador bilateral que realice la supervisión y evaluación del programa.	PVIH/ITS y TB Regional Servicio de Salud de los Establecimientos Penales
7	SISTEMA DE REGISTRO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Sistema de registro funcionando	Realizar un Sistema de Registro que remita la información a los dos entes involucrados.	Se elaborará un Sistema de Registro de la Información y de Vigilancia Epidemiológica.	PVIH/ITS y TB Regional Servicio de Salud de los Establecimientos Penales