

# UCUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Maestría en Antropología de lo Contemporáneo

Las dinámicas basadas en el consumo de medicamentos antirretrovirales en entornos  
carcelarios, CRS Turi

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Magíster  
en Antropología

Autora:

Gabriela Estefania Molina Ochoa

CI: 0105111827

Correo electrónico: gabrielamolinaochoa@gmail.com

Directora:

Mayra Alejandra Flores Muñoz

CI: 1716723984

**Cuenca, Ecuador**

21-noviembre-2022

## **Resumen:**

Este estudio explora la adherencia a los antirretrovirales en contextos carcelarios durante enero de 2019 a febrero de 2020 en el CRS Turi ubicado en la zona sur de Ecuador, a partir del consumo de los medicamentos con base en una triangulación de información de datos etnográficos, observación participante e informes médicos de exámenes bioquímicos de la carga viral. La adherencia al tratamiento antirretroviral está supeditada a la relación del medicamento con los actores intra y extra muros de la cárcel. Por otro lado, los datos estadísticos oficiales muestran éxito a nivel de carga viral, aunque su superficialidad no representa la realidad de la enfermedad. En consecuencia, la carga viral no evidencia un abordaje de salud integral ni las dinámicas multi-actores en relación a las características propias del entorno. Juegan un rol preponderante el diagnóstico oportuno, la educación para la salud, la comunicación asertiva médico - paciente, la prescripción, el seguimiento y entrega del medicamento al paciente. Sin embargo, las dinámicas propias del contexto carcelario modifican los procesos de atención en salud perjudicando a la población carcelaria. Se utilizaron tres acercamientos: a) analizar los datos epidemiológicos de personas con VIH en la cárcel. b) describir el tránsito del medicamento antirretroviral en relación a la adherencia en la cárcel; y c) interpretar los procesos de salud, enfermedad y atención en personas VIH positivas.

**Palabras clave:** VIH. Antirretroviral. Cárcel. Salud global. Gobernanza de datos. Consumo.

**Abstract:**

This study explores adherence to antiretrovirals in prison contexts during January 2019 to February 2020 in the CRS Turi located in the southern zone of Ecuador, from the consumption of medicines based on a triangulation of information from ethnographic data, participant observation and medical reports of biochemical tests of viral load. Adherence to antiretroviral treatment depends on the relationship between the drug and the actors within and outside the prison walls. On the other hand, official statistical data show success at the viral load level, although their superficiality does not represent the reality of the disease. Consequently, the viral load does not show a comprehensive health approach or the multi-actor dynamics in relation to the characteristics of the environment. Timely diagnosis, health education, assertive doctor-patient communication, prescription, follow-up and delivery of the drug to the patient play a preponderant role. However, the dynamics of the prison context modify the health care processes to the detriment of the prison population. Three approaches were used: a) to analyze the epidemiological data of people with HIV in prison; b) to describe the transit of antiretroviral medication in relation to adherence in prison; and c) to interpret the processes of health, disease and care in HIV-positive people.

**Keywords:** HIV. Antiretroviral. Prison. Global health. Data governance.

Consumption.

## Índice

INTRODUCCIÓN	8
Metodología	13
Organización de la tesis	18
CAPÍTULO 1: El sistema sanitario en los entornos carcelarios	20
<b>Diagnóstico y rutas de tratamiento farmacológico</b> .....	24
<b>Estado carcelario y sistema de salud ecuatoriano</b> .....	31
<b>Gestión de la data de VIH y entrega del medicamento desde una perspectiva social</b> .....	36
CAPÍTULO 2: Tránsito de los medicamentos e interacciones con los sujetos y objetos en la cárcel	50
<b>Ruta del antirretroviral y su agencia en los entornos carcelarios</b> .....	50
CAPÍTULO 3: La atención integral en salud para mejorar la adherencia al tratamiento	63
<b>Modelo de atención, salud y enfermedad en los centros penitenciarios</b> ...	63
<b>Relación médico – paciente en lugares de conflicto, violencia e inseguridad</b> .....	69
Conclusiones	73
<b>Bibliografía</b> .....	77
<b>Abreviaturas</b> .....	86

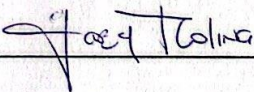
## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Gabriela Estefania Molina Ochoa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Las dinámicas basadas en el consumo de medicamentos antirretrovirales en entornos carcelarios, CRS Turi", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 21 de noviembre de 2022



---

Gabriela Estefania Molina Ochoa

C.I: 0105111827

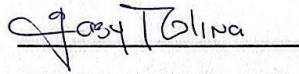


## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Gabriela Estefania Molina Ochoa, autora del trabajo de titulación "Las dinámicas basadas en el consumo de medicamentos antirretrovirales en entornos carcelarios, CRS Turi", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 21 de noviembre de 2022



Gabriela Estefania Molina Ochoa

C.I: 0105111827

## DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mi madre Doris, a mi padre Diego, hermano Diego Esteban, sobrinos Diego Andrés y Martín y toda mi familia que con su amor y apoyo me han ayudado durante toda mi vida a cumplir mis sueños y proyectos.

A Freddy mi pareja y compañero de aventuras que me impulsa y reta para ser mejor persona y profesional. Gracias por estar presente y con la Killa llenarme de alegría.

A mi hijo Joaquín, te estamos esperando para brindarte todo nuestro amor y lo mejor de nosotros.

## AGRADECIMIENTO

A todas las personas con VIH que me dieron un espacio en su rutina y me apoyaron en este camino para lograr entender su experiencia de vivir con una enfermedad crónica degenerativa en la cárcel.

Gracias a todos mis interlocutores del Ministerio de Salud, guías penitenciarios y las personas que conviven en la cárcel por sus risas, abrazos, lágrimas y enseñanzas que me brindaron día a día y con cada relato.

Además, agradezco a todos los profesores de la Maestría de Antropología, en especial a Israel por poner en debate los constructos sociales y la cotidianidad y sobre todo por crear esta Maestría que sobrepasó mis expectativas.



## INTRODUCCIÓN

La medicalización<sup>1</sup> es un proceso social complejo que involucra diferentes actores como el personal de salud que implementan estrategias basados en protocolos, guías de procedimientos, manuales en torno a la salud integral de la población penitenciaria<sup>2</sup>. El consumo de un medicamento y la adherencia al tratamiento es un proceso dinámico que se acentúan en diferentes contextos, pero las estrategias que el sistema sanitario implementa suelen ser generalizadas y opacan las particularidades, lo que disminuye la individualización y seguimiento a los usuarios del servicio de salud.

Regularmente, como funcionaria de salud acudía a la cárcel Turi. Entonces, pude seguir minuciosamente el trabajo de los encargados del programa de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) e identificar discursos y barreras que provocan la no adherencia al tratamiento en un contexto carcelario. Las categorías como grupos HCH (hombres que tienen sexo con hombres), travestis, gays culpan y responsabilizan únicamente a la población penitenciaria portadora del virus del deterioro de su salud por sus preferencias sexuales. El ejercicio médico de responsabilizar al paciente alienándolo de su contexto y las dificultades de carácter institucional, histórico y socioeconómico que enfrentan para llevar a cabo su tratamiento, me condujo a cuestionar cómo viven las personas VIH positivas en entornos carcelarios. Es decir, en este sitio de cautiverio las políticas de salud aparentemente funcionan al ejercer una intervención directa en el grupo poblacional al instaurar normas y protocolos. En este sentido Foucault desde el siglo XVII menciona que la biopolítica insta particularmente en la cárcel a comportamientos de racionalizar los problemas en la práctica gubernamental. Sin embargo, los seres humanos tienen actitudes contrarias a las reglas establecidas que los impulsan a un estado de lucha por su libertad y poder de decisión (Han, 2021). De ahí que,

---

<sup>1</sup> La medicalización se entiende como un proceso de medicar en situaciones injustificadas o pensar que con un fármaco se solucionará el problema; es decir una patología no son situaciones médicas únicamente si no sociales, por lo que va perdiendo la capacidad resolutiva el fármaco prescrito.

<sup>2</sup> En el marco del Manual de Atención Integral en Salud (MAIS) que es un conjunto de estrategias y herramientas a fin de responder las necesidades de las personas, familias y comunidad de forma integral.

implementar políticas de salud como procesos estandarizados no funcionan en las cárceles. En consecuencia, sigo etnográficamente las rutas del medicamento antirretroviral<sup>3</sup>, para evidenciar las relaciones en torno a sus usos, así como la (no) adherencia al tratamiento y por lo tanto la proliferación del virus al interior de la prisión.

Sitúo esta investigación en las experiencias de las personas diagnosticadas con VIH en Turi, y pregunto cómo afrontan los efectos del medicamento y la enfermedad; para ello indago en las subjetividades, emociones y prácticas que genera el VIH y la medicación entre las personas privadas de la libertad y el personal médico que trabaja dentro de la prisión. A partir de los documentos e informes institucionales que analizan la efectividad del medicamento y porcentaje de abandono al tratamiento, reflexiono cómo se produce el conocimiento y gestión de la enfermedad en la prisión canalizadas en las siguientes preguntas: ¿Cómo realizan el seguimiento individualizado a los pacientes con enfermedades crónicas? ¿Cómo es el relacionamiento médico - paciente? ¿Identifican qué pacientes están con adherencia al tratamiento prescrito? ¿Todos los presos reciben atención en el policlínico?

A partir de mi acercamiento etnográfico, complejizo los datos estadísticos y cuestiono cómo la cuantificación de la enfermedad reduce y frivoliza las prácticas y vidas de portadores de VIH dentro de la prisión. Es decir, detrás de cada paciente con carga viral existe: una historia, una vivencia, una razón y un detonante que desencadenan la no adherencia, el contagio inminente a otras personas y la muerte, por esta razón, la gestión sanitaria basada en cifras presenta algunos problemas y es necesario evaluar críticamente cómo se construyen los datos que informan sobre la efectividad de la política pública de la salud y es necesario analizar cómo se toman las decisiones para tratar enfermedades de alta complejidad como el VIH/sida<sup>4</sup>. Esta investigación demuestra que un sistema sanitario basado en

---

<sup>3</sup> Medicamento para tratamiento a personas VIH positivo.

<sup>4</sup> VIH (virus) es el virus de inmunodeficiencia adquirida y SIDA (enfermedad) síndrome de inmunodeficiencia adquirida que se desarrolla al no ser tratado el virus con los medicamentos antirretrovirales.

estadísticas no muestra la complejidad al interior de los Establecimientos de Salud<sup>5</sup>, comunidad, cantón, parroquia, provincia o país.

Las cifras estadísticas funcionan como evidencia para las guías, normas, lineamientos, disposiciones gubernamentales que en ocasiones generan prácticas ineficientes o inaplicables como se observa en la cárcel. La aplicación de una gobernanza de datos abierta en el campo de salud promulga el fortalecimiento entre las instituciones de los gobiernos con la sociedad civil y los pacientes, por lo que tienen varios principios para asegurar su implementación y transparencia al basarse en información numérica completa con las siguientes características: información primaria, actualización periódica, accesible para toda la comunidad, sin requisitos de registro, procesable, confidencial para los pacientes y de calidad (D´agostino et al., 2017). La disposición abierta de las bases de datos anonimizados que protejan la información del paciente es una excelente opción para vincular a todas las personas o instituciones que quieran revisar, analizar, evidenciar errores y brindar sugerencias al gobierno para fortalecer los procesos de investigación con la finalidad de promulgar políticas públicas participativas, con buena calidad del dato y con evidencia para el beneficio de la población.

Ecuador dispone de una plataforma digital denominada Ecuador en Cifras<sup>6</sup> gestionado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), que brinda datos gubernamentales a las instituciones, academia y personas que requieran. Sin embargo, al revisar la información estadística sobre diferentes temas se evidencia que la información está procesada, es decir está disponible resultados estadísticos descriptivos y no se dispone la base de datos completa<sup>7</sup> para realizar el análisis o cruce de variables de acuerdo a la necesidad de la persona que se descarga. De

---

<sup>5</sup> Conocido como Centro de Salud o policlínico en la cárcel.

<sup>6</sup> <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

<sup>7</sup> Me refiero a base de datos completa ya que la información no cuenta con todas las variables para hacer un análisis según la necesidad del investigador.

acuerdo a lo indicado anteriormente la disposición abierta de los datos es a medias, no es actualizada y está reportada según conveniencia de las instituciones generadoras de la información.

Al enfocarnos en resultados -bioquímicos- para establecer el éxito de una intervención médica es una tarea reduccionista, la cual genera más interrogantes sobre el tipo de atención integral y sobre la calidad de atención que el paciente desearía tener. Por ejemplo: ¿Qué información no se observa al enfocarnos en datos bioquímicos como única interpretación médica de la adherencia? ¿Cómo se involucran en el proceso de creación, revisión y validación de políticas, guías o protocolos de los pacientes? ¿Cómo se realiza una atención integral si el resultado se centra en el consumo o no de un fármaco?

La agencia de los antirretrovirales en la cárcel permite interpretar la ruta o movimiento de los medicamentos e identificar los espacios de conflicto y relacionamiento carcelarios lo que brinda un acercamiento sobre las decisiones de las personas que viven con VIH al cumplir o no cumplir con el tratamiento y qué hacen con el fármaco en su cotidianidad; tener acceso a un fármaco dentro de la cárcel puede estar dentro de la legalidad o ilegalidad conforme a su uso lo convierte en un problema de salud pública ya sea al modo de negociar sufrimiento, placer o como método de control (Cabral Gontijo, 2012; Ordoñez-Vargas y Cortés-García, 2020). Hablar de adherencia no debería ser un sinónimo de una situación médica en sí, al contrario existen situaciones económicas, parámetros alimentaciones, creencias y aspectos culturales, confianza en el sistema de salud que plantea una idea integral de proceso salud, enfermedad y atención (Menéndez, 2009; Aguaded Gómez y Tirado Morueta, 2022).

Este trabajo pone en conversación distintos grupos que se encuentran en la cárcel, funcionarios de salud, funcionarios del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI), y presos para contrastar experiencias, dificultades, y sobre todo sus propuestas. Es necesario para una construcción activa la participación de la gente que comparte su misma realidad. Es decir, para que se escuchen las voces de todos los actores, se

negocien propuestas y se pueda profundizar en la problemática de forma creativa y se piense en estrategias o proyectos construidos colaborativamente. Para responder sobre las dinámicas carcelarias en torno al consumo del antirretroviral que determina la adherencia al tratamiento del VIH/sida establecí tres objetivos:

- Analizar los datos epidemiológicos de personas con VIH en la cárcel.
- Describir el tránsito del medicamento antirretroviral en relación a la adherencia en la cárcel.
- Interpretar los procesos de salud, enfermedad y atención en personas VIH positivas.

En mi investigación complejo el término *adherencia*, que en lenguaje médico se refiere al grado en el cual una persona sigue las prescripciones<sup>8</sup> (tratamiento), medido por un examen bioquímico que se realiza de forma semestral denominado carga viral. Además, exploro esta categoría en el marco del conocimiento sobre el *VIH* como enfermedad crónica (no tiene cura), e interrogo qué significa el tratamiento, en qué consiste la prescripción, entrega y consumo de *antirretrovirales* que desde el momento del diagnóstico se prescribe, entrega al paciente y es un tratamiento para toda la vida. La *adherencia* vista desde mi etnografía penitenciaria cuestiona el éxito del tratamiento basado en el resultado del tratamiento en la carga viral centrada en una visión reduccionista, que ignora las interacciones sociales que tiene el medicamento con los diferentes actores y su consumo que en un contexto complejo como la cárcel detonan barreras para el seguimiento de la prescripción médica. Este trabajo es el resultado de una investigación con debates de la antropología médica y el consumo.

---

<sup>8</sup> La prescripción es el acto en el que un médico receta un medicamento al paciente de acuerdo a su patología, es decir lo que está escrito en las historias clínicas.

## METODOLOGÍA

Mi condición laboral sujeta al Ministerio de Salud me permitió ingresar al Centro de Rehabilitación Social (CRS) Turi para desarrollar el trabajo de campo, cabe aclarar que mi rol en esta institución fue de carácter administrativo, enfocado en el seguimiento, monitoreo y capacitación de políticas nacionales en torno a enfermedades crónicas. Los actores y las relaciones dentro del espacio carcelario me interesaron en tanto permiten reflexionar sobre el acceso a la salud como derecho universal y bienestar social, para pensar las enfermedades crónicas desde la salud global, con énfasis en la equidad, justicia y solidaridad (Franco-Giraldo, 2016).

Este trabajo puso en conversación las experiencias en torno a la atención médica de funcionarios de salud, personal del SNAI y presos, así como la relación con el antirretroviral y flujos del medicamento dentro del centro penitenciario. Durante la investigación jugué un papel en la cárcel, como investigadora etnográfica y simultáneamente como funcionaria de salud. Esta cercanía me permitió acceder a la población en encierro de formas que usualmente están negadas a personas externas u otros investigadores, por lo que pude realizar entrevistas y talleres que buscaron profundizar cómo vive, piensa y siente un grupo de personas que comparten un espacio común (Guber, 2011). En mi caso con énfasis en los presos que viven al interior del CRS-Turi con condición de VIH positivo y sus procesos de salud, enfermedad y atención. Por otro lado, pude acceder a los informes médicos con autorización del médico líder del centro de salud para constatar los resultados de la carga viral y CD4<sup>9</sup> de los pacientes. Cabe indicar que, los informes fueron anonimizados para respetar la confidencialidad de los pacientes.

La articulación con los administradores técnicos<sup>10</sup> del MSP fue fundamental para establecer entrevistas con los presos dentro del centro de salud para disponer

---

<sup>9</sup> Los CD4 son linfocitos T4 (glóbulos blancos) que defienden al cuerpo contra infecciones, por esta razón tienen un papel necesario en el sistema inmunitario.

<sup>10</sup> Los administradores técnicos son los líderes o responsables del centro de salud o policlínico.

de un espacio -un consultorio- con la privacidad requerida para las entrevistas y logré tener momentos de observación en los espacios de encuentro como el patio y el policlínico detallados en el diario de campo. Esa apertura por parte de los médicos me brindó la oportunidad de coordinar entrevistas dentro y fuera del establecimiento de acuerdo a sus horarios y cronogramas. Su conocimiento sobre el tema y los flujos de atención y seguimiento que me comentaron me ayudaron a continuar y desarrollar la investigación con mayor confianza dentro de la prisión.

Un actor relevante en este proceso fue el SNAI quienes autorizaron mi participación para realizar un taller basado en metodologías participativas (Red CIMAS, 2015) orientado a presos con enfermedades crónicas escogidos de forma aleatoria. Es decir, la patología o enfermedad no fue un criterio para la participación en el taller, ya que la finalidad del taller fue conocer las vías de los medicamentos que ingresan a la cárcel, pero a su vez se buscó impedir la estigmatización entre presos con el fin de evitar la divulgación de su condición médica y para precautelar la confidencialidad. Asimismo, me pusieron en contacto con guías penitenciarios para realizar entrevistas.

Las entrevistas a profundidad realizadas a presos con VIH, personal de salud del policlínico y personal del SNAI –guías penitenciarios- se estructuran a lo expuesto en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Estructura de entrevistas a profundidad*

<b>Método</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Interlocutores</b>
Entrevista a profundidad	5	Presos
Entrevista a profundidad	3	Guías penitenciarios



Entrevista a profundidad	5	Profesionales de salud
Entrevista a profundidad	1	Ex funcionario Ministerio Justicia
Taller participativo	1 taller	Presos (15 asistentes)

---

Las entrevistas a profundidad se efectuaron uno a uno y cara a cara con la intención de obtener información detallada, así como el entendimiento del problema en cuestión. Estas consisten en escuchar a cada interlocutor para detallar en esta investigación lo trascendente, conocer sus angustias, miedos y satisfacciones. Así como comprender y situar sus experiencias tal como lo expresa cada persona; es decir, una relación social, en donde convergen la re-flexibilidad mediante la verbalización, observación directa y la participación (Guber, 2011; Robles, 2011). Dentro de las entrevistas a funcionarios, en especial a los profesionales de salud manifestaron la preocupación sobre la confidencialidad por miedo a perder el trabajo. El taller participativo (Red CIMAS, 2015) se realizó con 15 presos con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, VIH, entre otros. El objetivo fue conocer la ruta de los medicamentos dentro de los pabellones. El diseño del taller intentó sostener una estructura horizontal entre los interlocutores que son los que construyen el conocimiento y plasman los caminos de acuerdo a su realidad y contexto (Ortiz, y Borjas; 2008, Red CIMAS, 2015).

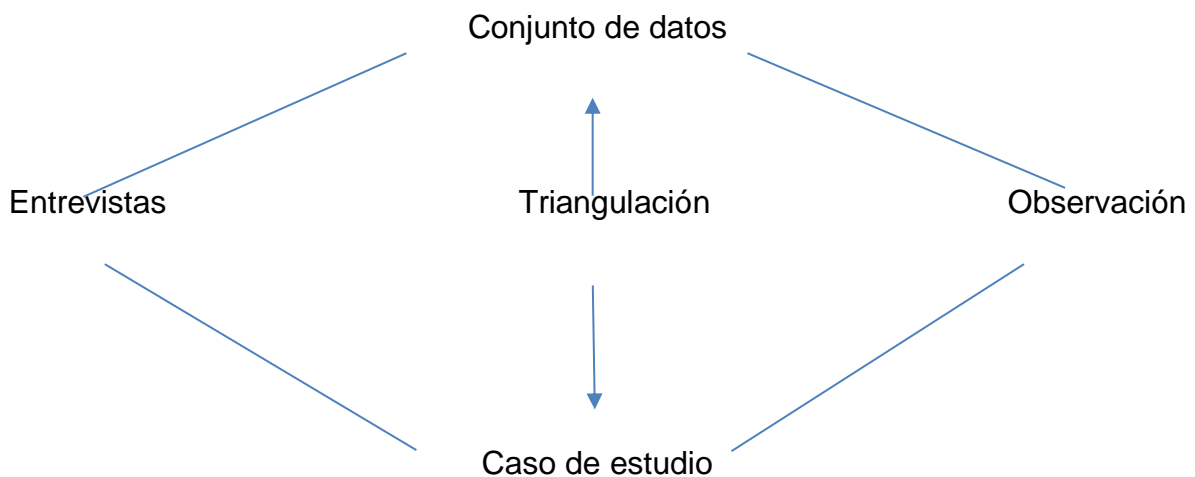
Esta investigación etnográfica se fundamentó en encontrar patrones de interpretación social con una perspectiva crítica (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) que ayudó a evidenciar las particularidades ocultas por políticas, manuales y guías oficiales al demostrar que la generalización en estos espacios como la cárcel minimizan los sentires y manifestaciones sociales inherentes a sus vivencias. Se consideraron los criterios de saturación teórica para cada objetivo

planteado en este estudio (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014). Con respecto a los aspectos éticos de esta investigación, se consideró la autonomía de las personas y el anonimato de los participantes para garantizar la confidencialidad. Algunas limitaciones del estudio están relacionadas a los interlocutores vinculados a las instituciones gubernamentales. Tal es el caso de los funcionarios de salud y guías penitenciarios quienes dieron respuestas basadas en los discursos oficiales, probablemente por temor a retaliaciones por parte de la entidad de la que forman parte. Sin embargo, esas narrativas también coadyuvan a entender la problemática de este estudio.

El procesamiento de la información se realizó mediante la triangulación de la información empírica y teórica con la finalidad de contar con mayor riqueza y amplitud de interpretación para promover calidad a la investigación (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014; Flick, 2018).

## Ilustración 1

### *Niveles de triangulación en la investigación cualitativa*



Nota: La ilustración representa como la triangulación permite reconocer los puntos de vista de los interlocutores mediante las entrevistas y observaciones como una forma alternativa de análisis de las categorías para conceptualizar el caso de

estudio. Tomado de *The SAGE handbook of qualitative research: triangulation* (p. 794) por Uwe Flick, 2018, The SAGE.

Adicionalmente, se codificaron las entrevistas mediante categorías de análisis basadas en las percepciones y vivencias de todos los interlocutores tales como guías penitenciarios/as, médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as quienes durante ocho horas pasan en las instalaciones del CRS- Turi, y a los presos que por diferentes delitos impuestos por la ley viven en este espacio entrelazando relaciones cotidianas envueltas en prejuicios, miedos, angustia y risas.

## ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

La tesis tiene varios enfoques y perspectivas para abordar el proceso de salud, atención y enfermedad en la cárcel. Al ser parte del Ministerio de Salud Pública pude acceder de una forma fácil y observar de primera mano los momentos de atención médica, registro de información de los pacientes, convivencia en el policlínico y otros espacios de la prisión. En el trayecto de la tesis se utilizarán varios términos para referirnos a la cárcel como institución penitenciaria, prisión, centro de rehabilitación social (CRS), sistema penitenciario y al referirme a los presos se nombran como personas privadas de libertad, prisioneros, reclusos. Estas denominaciones no buscan perpetuar categorizaciones estigmatizadoras impulsadas por la sociedad e institucionalidad.

El primer capítulo expone una explicación sobre mi acercamiento al proceso de investigación en campo e inicio de la etnografía, además explica en qué consiste el VIH, su tratamiento y los mecanismos que se utilizan para hacer el seguimiento y/o monitoreo de adherencia a las prescripciones médicas en sistemas carcelarios, lo que generan estadísticas de éxito o fracaso manejadas por el MSP. Aquello, obliga a replantear las preguntas sobre el sistema de salud y su efectividad en los flujogramas de atención en estos contextos. En la siguiente parte del capítulo se aborda el estado carcelario ecuatoriano y modalidades de atención en salud brindadas a los pacientes VIH positivos en referencia al modelo de gestión en salud en contextos penitenciarios plasmados en información estadística oficial presentada en boletines epidemiológicos anuales. De hecho, se confronta el manejo de información estadística en salud bajo el paraguas de gobernanza de datos en contraste con los reportes médicos obtenidos en el momento de la investigación.

En el segundo capítulo se mostrarán las rutas recolectadas gráficamente por los presos, médicos y guías penitenciarios durante las entrevistas y taller en relación al ingreso y consumo de los medicamentos (antirretrovirales)<sup>11</sup> en la cárcel Turi. El

---

<sup>11</sup> Los ARV disminuyen la carga viral de las personas con VIH y evitan desencadenar a la enfermedad de SIDA.

tránsito de los medicamentos inicia en la primera inspección para su registro y verificación con todos los justificativos de prescripciones médicas con el objetivo de llegar al policlínico y en lo posterior a los pabellones para la entrega a los privados de libertad que tienen su diagnóstico confirmado. Dentro de esta ruta existen escenarios o relaciones sociales con el fármaco que están envueltas en el “desconocimiento” de las autoridades competentes para su control dando como resultado el no consumo de los medicamentos <sup>12</sup> y por consiguiente el empeoramiento de la salud de los presos.

Finalmente, en el tercer capítulo se plantea entretener el proceso de salud, enfermedad y atención junto con el rol que cumplen los servidores de sanitarios al momento de relacionarse con sus pacientes en la prisión y se busca poner en discusión las perspectivas de los profesionales que atienden en el policlínico y de los privados de libertad que son usuarios de esos servicios de salud en las instalaciones del sistema penitenciario. Adicionalmente, se pondrá como punto central la relación médico - paciente VIH positivo para plantear sus repercusiones, fortalezas y debilidades manifestados por los interlocutores en las entrevistas y registros en el diario de campo. Lo que tiene una relación directa en la salud de la población penitenciaria al aumentar o disminuir el riesgo de proliferación del virus.

Lo que intento realizar en esta investigación es identificar las distintas rutas de los medicamentos antirretrovirales y sus relaciones sociales en la cárcel que estrechamente propician la reflexión crítica sobre el modelo de atención en salud en la cárcel, la gobernanza de datos, sus limitantes u oportunidades para brindar una atención de calidad y con calidez conforme a las particularidades de la prisión y la (no) adherencia vinculado al consumo del medicamento.

---

<sup>12</sup> El no consumo de medicamentos no se ve reflejado en la prescripción médica, es decir el médico receta el fármaco, pero no conoce si el paciente lo ingiere.

## CAPÍTULO 1

### El sistema sanitario en los entornos carcelarios

*Si yo te estoy contando mi historia no es para que me tengas pena o capaz y puedas escuchar historias más duras o algunas también pueden ser inventadas.*

*Si yo te cuento esto es porque estoy segura que te ayudarán a ser mejor persona.*

*Presa VIH positivo, 8/2/2019*

Mi primer ingreso al CRS – Turi, se basó en realizar una evaluación de indicadores de atención y prescripción de medicamentos a personas con enfermedades crónicas de acuerdo a los lineamientos del MSP. Al ingresar al recinto penitenciario me llamó la atención el despojo de la autonomía para el libre tránsito y el poder de la institución para que aceptemos –sin cuestionar– dejar nuestras pertenencias. Es decir, ingresar sin aretes, sin cordones, sin abrigos, entre otros protocolos impuestos en cada filtro en razón de la seguridad para entrar al sitio, me autorizó ingresar una libreta y esfero o lápiz y para el taller marcador y papelógrafos. Cabe recalcar que un requisito previo para registrar la entrada fue tramitar una autorización con el Ministerio de Justicia –encargado hasta el año 2018 de las cárceles-, el cual fue suprimido y reemplazado por el Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI).

El Centro de Privación de Libertad (CPL) como se nombra actualmente a la cárcel de Turi tiene la fachada de ladrillo visto en la entrada principal, pero el resto de la construcción es de concreto. Al ingreso en la cárcel se interactúa con funcionarios de la policía nacional que se ubican en cada filtro. La primera vez que entré a la cárcel me dediqué a seguir a las personas que estaban yendo a visitar a sus familiares para no sentirme tan extraña, al llegar al primer filtro entregué mis

documentos personales como la cédula, el oficio de solicitud para ingresar y mi libreta para mis apuntes. Además, tuve que sacarme la casaca, zapatos, y dejar en una cesta para que pasen mis pertenencias por un *escáner para objetos*, pero luego me percaté que no servía por lo que la revisión fue prenda por prenda, paralelamente otro policía comprobaba que mi nombre esté en el listado de las personas autorizadas para el ingreso, es importante indicar que la cédula la devuelven una vez que termine el recorrido.

Para situarnos el primer filtro es igual a la sala de preembarque de los aeropuertos con la diferencia que el escáner de objetos si funciona. Ramiro<sup>13</sup>, es un policía que me acompañó en el proceso de requisa o revisión, me comentó que cuando se inauguró la cárcel si funcionaban todas las máquinas, pero pocos meses después tuvieron problemas técnicos y algunos quedaron obsoletos “Digamos que lo utilizamos porque nos obligan a cumplir con todos los pasos, pero no funcionan completamente y ese -señalándome al escáner de objetos- no vale por eso complementamos las revisiones manualmente”; luego hay dos *escáneres tipo arco* (solo uno sirve) y en el tiempo que estuve pude observar que los policías y guías penitenciarios pasaban por el que no servía; después tuve que sentarme en la *silla de cavidades* que es una herramienta que tiene sensores para detectar artículos u objetos metálicos de forma no invasiva, Ramiro me decía que movimiento hacer: “abra la boca y mueva la cabeza de lado a lado, alce la pierna y la mano, mueva las manos lateralmente” Luego tuve que pasar por el *escáner de cuerpo completo* en este escáner me tuve que colocar con las piernas abiertas y brazos alzados hasta aquí me acompañó Ramiro y al salir del escáner de cuerpo completo en la fila de mujeres una policía de sexo femenino me realizó un cateo físico y finalmente me acerque a retirar mi cesto con mis zapatos y casaca para continuar.

El primer filtro es el más demorado y el tiempo de espera está en dependencia de la hora de ingreso y si es día de visitas, luego bajé unas gradas y pasé por dos filtros adicionales, estos consintieron revisión de papeles por parte de los policías que se encargaron en abrir la puerta eléctrica y registraron mi visita en

---

<sup>13</sup> Ramiro, es un nombre asignado a mi informante para proteger su identidad.



una bitácora, en estos lugares mostré el oficio o Quipux<sup>14</sup> impreso para continuar mi camino al policlínico. En todo el traslado el color gris de la estructura y el olor a cloro o a un químico fuerte fue característico en todos mis ingresos a este centro penitenciario.

Darío, médico del centro de salud de la cárcel durante ocho meses me indicó que es molesto dar cuenta de atrasos y una serie de requisitos a instituciones que no les han contratado *“Los policías quieren controlarnos hasta el horario de entrada... a nosotros nos requisan más que a las visitas y los guías penitenciarios”* esto se podría relacionar a que varios años atrás un compañero del Ministerio de Salud fue apresado por ingresar un droga a la cárcel de Turi y desde ese momento los policías sintieron mayor presión en sus requisas al personal de salud y cateos aleatorios.

La atención médica en una cárcel de máxima seguridad es totalmente diferente a un hospital o centro de salud de primer nivel de atención<sup>15</sup>, por lo cual el relacionamiento entre pacientes, médicos, enfermeras y otros funcionarios se refleja en la presencia de una tensión constante. Los funcionarios de salud no disponen de celulares durante toda su jornada laboral (8 horas), tienen un solo teléfono en el policlínico -muchas veces está dañado o sin línea-. Por otra parte, durante la atención y en la sala de espera no se observan policías ni guías penitenciarios para precautelar la seguridad de los profesionales y el policlínico al ser un sitio de encuentro entre hombres de distintos pabellones y mujeres aumenta el riesgo de tráfico de armas blancas, drogas y cualquier insumo que dispongan para intercambiar internamente es latente.

Al percibir varias veces el miedo, incomodidad y zozobra que varios profesionales del centro de salud demuestran al momento de la atención en la

---

<sup>14</sup> El sistema documental Quipux es un documento electrónico que se remite a las entidades gubernamentales con la finalidad de disminuir el uso de papel.

<sup>15</sup> Al nombrar el primer nivel de atención hago referencia a los centros de salud que están en las comunidades y dan atención preventiva que no es de alta complejidad. Si algún paciente necesita atenderse con un especialista se refiere al segundo nivel de atención.

cárcel con algunos presos o en algunas situaciones que les dejan en vulnerabilidad, como recibir presión para emitir una prescripción de medicamentos, aunque no necesite el preso. En este sentido, varios autores explican por qué las injusticias estructurales generan riesgo de proliferación de enfermedades por un inadecuado abordaje en salud (Pont, Stöver y Wolff, 2012; Hashmi et al., 2020). En la cárcel de Turi se puede observar que no se atienden a todos los presos y los que tienen poder en los pabellones salen al policlínico con mayor frecuencia, por lo cual las personas que necesitan atención no tienen acceso a este servicio, aunque sea su derecho y esto genera menor control de enfermedades preexistentes o un diagnóstico oportuno. A partir de esto me cuestiono ¿cómo brindan una atención médica apropiada si los funcionarios sienten inseguridad y están en dependencia de otras jerarquías?

A partir de ese momento empezó mi trabajo de campo. Entonces, todas las dudas y preguntas planteadas que no tenían respuesta me llevaron a enfocarme en la atención sanitaria en el CRS - Turi. A continuación, mi curiosidad por responder a las dudas que tenía, me llevó a plantear una primera entrevista con preguntas generales sobre salud a personas con enfermedades crónicas. Experiencia que me sirvió para plantear con mayor detalle los posteriores instrumentos de recolección de información (Red CIMAS, 2015). La oportunidad que se presentó fue inédita, ya que pude entrevistar a una presa con VIH, ella me contó su historia en relación a su experiencia penitenciaria asociada a su enfermedad. Por otro lado, me detalló el proceso de atención en salud en la cárcel de Turi, enfocándose en las fallas y aciertos. Aunque puso énfasis en la vulneración y discriminación de sus derechos debido a su diagnóstico positivo de VIH.

Al conocer el CRS – Turi pude observar que la relación entre los funcionarios de salud y los presos es de absoluta desconfianza. No obstante, aprecié que la empatía a través de gestos mínimos –sonrisas- entre estos actores del centro penitenciario podría mejorar de cierta manera los procesos de rehabilitación social. Bierie y Mann (2017) manifiestan que en estas instituciones

gubernamentales como la cárcel, que tiene poder sobre la vida de las personas que viven en ellas, tiene potencial de cambiar el rumbo de la vida teniendo en consideración la administración y servicios que tengan y así se minimizaría el impacto del encarcelamiento en la sociedad.

## **Diagnosis y rutas de tratamiento farmacológico**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el VIH ataca al sistema inmunitario y debilita la capacidad del cuerpo para responder contra muchas infecciones oportunistas<sup>16</sup> y algunos tipos de cáncer. Es decir, este virus afecta y destruye a las células inmunitarias (CD4 de los linfocitos T) provocando que el organismo quede desprotegido (Robles Aguirre y Granados Cosme, 2018). Además, si no se administra o se abandona el tratamiento con antirretrovirales (ARV), el virus destruye las células encargadas de la respuesta inmunitaria (OMS, 2020) e incluso la capacidad del cuerpo para defenderse, en consecuencia, las personas infectadas contraen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El VIH se puede transmitir de varias formas, tales como relaciones sexuales vaginales, anales o contacto buco genital sin preservativo. También, a través de transfusiones de sangre, inyecciones, jeringas o equipo quirúrgico u otros instrumentos corto-punzantes reutilizados y/o contaminados. Asimismo, mediante transmisión de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Básicamente, este virus se transmite a través del intercambio de sangre o fluidos corporales como el semen, la leche materna o las secreciones vaginales de personas infectadas que no siguen o no reciben el tratamiento con los medicamentos ARV.

El diagnóstico de VIH se puede realizar mediante pruebas rápidas o exámenes de sangre. No obstante, ninguna prueba por sí sola puede proporcionar un diagnóstico certero porque podrían generar resultados falsos positivos o falsos negativos. Por lo tanto, la OMS (2020) recomienda realizar tres exámenes: a) un tamizaje aleatorio de captación, b) un tamizaje confirmatorio antes de atenderlos y

---

<sup>16</sup> Las infecciones oportunistas se presentan con mayor frecuencia en personas que tienen el sistema inmunitario comprometido.

c) un tamizaje al momento del tratamiento. Por otro lado, se conoce que la mayoría de personas pueden ser diagnosticadas a los 28 días después de su contagio.

Desde el punto de vista legal, cuando se realiza el tamizaje de VIH es necesario contar con la autorización de la persona o consentimiento informado<sup>17</sup>; este garantiza confidencialidad, asesoramiento, garantía de un resultado exacto y vinculación con servicios de atención especializados. El consentimiento informado establecido en el Acuerdo Ministerial 5316 es un formulario obligatorio en el cual firma el profesional responsable de la intervención y el paciente legalmente capaz para tomar la decisión conociendo los riesgos y comprendiendo toda la información y se aplica para los siguientes casos: intervenciones quirúrgicas consideradas de riesgo mayor, exámenes radiológicos que se efectúen bajo anestesia y los que requieran medios de contraste, tratamientos de radioterapia y quimioterapia, procedimientos endoscópicos, biopsias, procedimientos de reproducciones asistidas, pruebas de VIH, cualquier intervención que implique un riesgo mayor, en caso de donantes vivos o trasplantes y en transfusiones de sangre (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Al contrario, cuando se realiza el examen de VIH sin autorización puede desembocar en problemas legales a los funcionarios sanitarios. Por esta razón es probable que por el cumplimiento de las garantías legales aumente la proliferación del virus ya que al no existir obligatoriedad para hacer el examen de VIH (prueba de anticuerpos o prueba de antígenos y anticuerpos o prueba de ácido nucleico), las cifras de contagios no evidencian la realidad epidemiológica de la enfermedad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016). La aplicación del consentimiento informado en los casos descritos anteriormente es obligatoria ya que son un respaldo para los funcionarios de salud y con esto ayuda a librarse de algunos conflictos legales que se pudieran desarrollar durante su praxis, especialmente en intervenciones quirúrgicas de alto riesgo. En el caso de los pacientes VIH es

---

<sup>17</sup> El consentimiento informado es un documento impreso, que se dispone en cada historia clínica o en un cuaderno de tamizajes de VIH como respaldo del médico si llegara a tener un inconveniente legal.

necesario contar con la confidencialidad, pero a su vez limita el accionar médico tanto en diagnóstico, seguimiento e intervención en la comunidad para contrarrestar la diseminación del virus.

*No se puede violentar la confidencialidad, entonces eso no nos deja acercarnos mucho más a los pacientes y por ende tampoco podemos hacer cercos epidemiológicos.*

*Por ejemplo, si tenemos un paciente que tiene múltiples parejas sexuales, no podemos cercar al paciente, es decir buscar a sus contactos sexuales y hacerles un tamizaje*

*Profesional de la salud, 31/01/2020*

Según la OMS (2020), el tratamiento para personas VIH positivas se centra en proporcionar una combinación de medicamentos antirretrovirales para evitar que el virus se multiplique en el organismo. Estos disminuyen el riesgo de transmitir el virus a su pareja sexual. Por lo tanto, si una persona contagiada cumple con el tratamiento eficazmente, la probabilidad de transmisión es del 4%. Es por esta razón que la terapia antirretroviral ha permitido una mayor esperanza y calidad de vida en las personas que viven con el virus<sup>18</sup> (Cuadra Hernández, Baruch Domínguez, Infante, y Granados Cosme, 2015; Robles Aguirre y Granados Cosme, 2018).

El programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA 2022), indica en su publicación “El sida en cifras” que 1.5 millones de personas contrajeron VIH durante el año 2020, 37.7 millones están viviendo con el VIH en el mundo y 680 mil personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. Esto demuestra que existe una ralentización de nuevas infecciones por VIH en comparación con años anteriores indicados en la Tabla 2.

---

<sup>18</sup> El tratamiento es constante y para toda la vida. Si el paciente no tiene los controles adecuados de su enfermedad podría provocar contagios. Es por eso que el seguimiento del tratamiento es nominal.

**Tabla 2**

*El sida en cifras mundiales del 2000 al 2020*

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Nuevas infecciones por el VIH (total de millones de personas)</b>	2.9	2.4	2.1	1.8	1.7	1.7	1.6	1.5	1.5
<b>Personas con acceso a la terapia antirretroviral (total de millones de personas)</b>	560.000	2.0	7.8	17.1	19.3	21.5	23.1	25.5	27.5
<b>Muertes relacionadas con el sida (total de millones de personas)</b>	1.5	1.9	1.3	900.000	850.000	800.000	750.000	720.000	680.000

Tomado de *estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021*

Como se puede observar el aumento de acceso a terapia antirretroviral es significativo por lo cual se puede relacionar con la disminución de las muertes afines con el sida. Sin embargo, no hay que olvidar que existe un grupo de personas que no acceden al tratamiento por falta de oferta de pruebas rápidas y que no se evidencian en las cifras mundiales. Por lo tanto, desconocen su diagnóstico y esto se puede relacionar con el desconocimiento de las rutas de atención del sistema de salud en cada país. Asimismo, los estigmas que conlleva la enfermedad juegan un rol importante porque los presos con esta condición médica no quieren consumir sus medicamentos al sentirse expuestos.

Es importante enfatizar que a nivel mundial existen protocolos, manuales y guías de práctica clínica estandarizados para la atención a personas que viven con

VIH/sida. No obstante, los nuevos avances vinculados a la tecnología y nuevos medicamentos tardan en llegar a los países del sur global. A pesar de ello, desde el 2004, se han establecido programas de prevención, atención y tratamiento del VIH en más de 30 países de ingresos bajos y medios según el producto interno bruto (PIB) de todo el mundo (Patel et al., 2018). Uno de estos es la profilaxis pre exposición (PrEP), que consiste en entregar antirretrovirales a personas con mayor riesgo a padecer VIH, sin olvidar el uso de preservativos y lubricantes, ya que el PrEP no previene contra infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>19</sup>. En la zona 6 que corresponde a Azuay, Cañar y Morona Santiago del Ministerio de Salud Pública hasta la fecha no ha logrado implementar la estrategia PrEP<sup>20</sup>, ya que es una estrategia que empezó en el 2021 con pilotajes en otras ciudades y poco a poco van a abarcar a otras provincias.

En América Latina hasta el 2020, el porcentaje de personas que viven con VIH con acceso a la terapia antirretroviral es del 65% (ONUSIDA, 2020); sin embargo, no se logró encontrar cifras de adherencia para corroborar que el virus se encuentre inactivo. Lo cual es necesario recalcar, ya que existen personas que reciben el tratamiento ARV y están dentro de esta estadística, pero podría existir la posibilidad que la persona no cumpla con la prescripción médica o consuma el medicamento de forma inconstante, genera repercusiones en la carga viral y por consiguiente aumenta el riesgo de transmisión del virus. Por esta razón, los controles médicos que efectúan los especialistas se basan en el seguimiento de la carga viral que es un dato que se consigue a través de un examen de laboratorio (dato cuantitativo). Aquello, lleva a categorizar a una persona por su estado de transmisibilidad. Es decir, para que una persona no sea un agente de contagio su

---

<sup>19</sup> Los medicamentos antirretrovirales no previenen ITS, por lo cual la educación sexual es indispensable para la salud pública con el objetivo de prevenir otras enfermedades.

<sup>20</sup> Esto ocurre en el sistema de salud pública, pero en la parte privada o en organizaciones no gubernamentales varias personas que conocen sobre este método de prevención y disponen del conocimiento, capacidad económica o llegan a articular con algún colectivo pueden acceder a estos fármacos al exponerse a contactos de alto riesgo.



resultado bioquímico debe tener menos de 20 copias de carga viral, que se conoce como carga viral indetectable (OMS, 2020).

La OMS y ONUSIDA impulsan un modelo de cumplimiento que se considera la atención integral al paciente. Primero, se identifica al 90% de las personas infectadas con VIH para que conozcan su diagnóstico, segundo el 90% de ellas inicia su tratamiento con antirretrovirales y tercero el 90% alcanza niveles de carga viral indetectables para que puedan interrumpir la cadena de transmisión y controlar la epidemia (Elena et al., 2018). Aquello forma parte de los objetivos 90-90-90<sup>21</sup> de ONUSIDA (Buchacz et al., 2010).

Según el informe de ONUSIDA "Enfrentando la discriminación: superando el estigma y la discriminación relacionados con el sida dentro y fuera de las instituciones médicas", una de cada cinco personas que viven con el VIH tiende a esconderse por miedo al estigma o la discriminación. En consecuencia, no buscan atención médica. Las personas que viven con VIH/Sida poseen un gran estigma debido a su condición de salud. Entonces, la probabilidad de retrasar la atención hasta que se enfermen es 2,4 veces mayor (Elena et al., 2018). El estigma es una barrera presente a lo largo del proceso del tratamiento para el VIH. De hecho, los prejuicios en un contexto social se pueden asociar a las preocupaciones por la seguridad, vergüenza, exclusión social, entre otras, las cuales generan rechazo al resultado y tratamiento (Sullivan et al., 2020; Persson, Newman, y De Wit, 2020). Ciertamente, las personas que presentan VIH/Sida sufren discriminación, lo cual empieza con el uso frecuente de términos peyorativos y deshumanizantes que refuerzan estereotipos asociados con actitudes heteronormativas impuestas por la sociedad (Elena et al., 2018).

---

<sup>21</sup> Las organizaciones de las naciones unidas implementan políticas mundiales como el 90-90-90. Los datos que se presentan a nivel mundial son los que cada país envía como información oficial. Cabe recalcar que muchas políticas del norte tendrían que ser repensadas en el sur global por que los contextos sociales, económicos y políticos son diferentes.

Si la cárcel, ya es un espacio sistemáticamente discriminatorio, el acceso a la atención de VIH está supeditada a la auto-revelación de la condición médica de los presos a los proveedores de atención en salud del policlínico (Blue, Buchbinder, Brown, Bradley-Bull, y Rosen, 2022) o a la aceptación de realizarse una prueba rápida como prevención. Algunos reclusos en prisiones han expresado su preocupación por la divulgación<sup>22</sup> involuntaria o voluntaria de su estado de salud respecto al VIH a sus compañeros o a los funcionarios penitenciarios a través de comentarios de pasillo, percepción de estereotipos por su preferencia sexual o al momento de la distribución de los medicamentos (Derlega, Winstead, Gamble, Kelkar, y Khuanghlawn, 2010; Muessig et al., 2016). Además, se acentúan los temores al daño físico, la segregación y la incapacidad de entablar relaciones de apoyo y protección con otras personas encarceladas, lo cual puede abrumar el deseo de recibir atención (Buchbinder, Blue, Brown, Bradley-Bull, y Rosen, 2021).

Juan, profesional de salud de la cárcel describe de acuerdo a la adherencia al tratamiento en el centro penitenciario “algunos si aceptan la enfermedad, algunos aceptan el tratamiento, otros no lo aceptan por el miedo que hay en el interior de la cárcel. Miedo a ser rechazado, a que los vean mal, les traten mal. Si bien es un contexto penitenciario hay también bandas entonces ellos se encargan en hacerles quedar mal, en tratarles mal” Lombó Fragueiro (2021) indica que el estigma genera repercusiones en la salud mental, en el tratamiento y formas de relacionamiento, lo que refleja la necesidad de fomentar una red de apoyo para el tratamiento.

Existen diversos enfoques para examinar la vida de los presos y funcionarios con la intención de describir el modelo biomédico a partir de las características que favorecen o no la adherencia al tratamiento del VIH mediante relatos para conocer la gestión de salud pública, confidencialidad, construcción y re-significación social de la enfermedad (Suárez 2016; Reartes 2017; Robles 2016). Es importante

---

<sup>22</sup> Los presos culpan de la divulgación a los médicos y los médicos indican que ese filtro de información si se realiza en el policlínico, pero no por parte de ellos, intuyen que otros presos salen al policlínico el mismo día para averiguar o escuchar las recomendaciones cuando tienen sospecha o también podría darse por los guías penitenciarios que algunas veces ingresan al consultorio para apoyar con la seguridad del personal de salud.

conocer las recomendaciones de salud que producen una corriente que culpabiliza<sup>23</sup> a la víctima (Farmer 2003) no favorece el tratamiento. Por esta razón, el lenguaje que se utiliza en la consulta es un detonante para la participación activa del preso en su enfermedad o su silencio.

## **Estado carcelario y sistema de salud ecuatoriano**

El estado carcelario es una muestra del uso de poder asociado a la vigilancia y control de un ente superior llamado gobierno. Está destinado a un grupo de ciudadanos que infringen las normas establecidas en diversos códigos conocidos como ley y tiene por objeto conformar una infraestructura de disciplinamiento. Esto ha conllevado a un despojo de derechos a los presos. Desde su concepción a nivel mundial, el sistema carcelario está basado en el marco de la privatización (Cesano y Núñez, 2016).

La concepción del sistema carcelario fue ideada por Jeremy Bentham, quién en el siglo XVIII propone un tipo de arquitectura denominada panóptico, es decir, un modelo de orden y sometimiento humano donde el observador era invisible. Para Foucault (1975) el disciplinamiento en el panóptico estaba envuelto bajo características de adoctrinamiento como: religiosidad, moralidad, educación, entre otras. Estas características no necesariamente son una descripción de la cárcel, más bien evocan la institucionalidad bajo el confinamiento. En la actualidad se observa que la génesis del panóptico se ha reinventado en nuevas formas de control mediante sistemas tecnológicos que facilitan la mutación del sistema carcelario como institución hacia un dispositivo panóptico de vigilancia, sin una infraestructura en sí (Reg Whitaker, 1999).

Michel Foucault (1990) trastoca el tema del panoptismo como la combinación de tres elementos: vigilancia, control y corrección en contra de antiguos sistemas

---

<sup>23</sup> Las recomendaciones médicas muchas veces están envueltas con juicios de valor y poder que cada profesional de la salud exterioriza, lo que repercute en la atención y resultados del tratamiento. Como dicen los pacientes “es que el doctor sabe”.

penalistas. Básicamente el panoptismo considera al crimen como una infracción que es castigada por el poder político para reprimir acciones nocivas para una sociedad. De ahí que son cuestionables las garantías de las personas privadas de libertad para ejercer sus derechos básicos como la educación, la salud, entre otros para llevar una vida digna a pesar del castigo. De acuerdo a Feixa (2016) *Los prisioneros reaccionan mediante pequeñas estrategias cotidianas de reafirmación y supervivencia: están privados de libertad, pero no de dignidad*. Es por eso que se puede observar una interacción y jerarquías en cada pabellón que obedecen a las necesidades y beneficios que negocian internamente para establecer normas en su convivencia.

En el 2014 el sistema penitenciario en Ecuador impulsó la construcción de cárceles regionales, contratación de personal e insumos con la finalidad de disminuir el hacinamiento carcelario y mejorar los programas de rehabilitación. Dentro de las acciones gubernamentales existieron reformas en el Código Orgánico Integral Penal (COIP) que generó un aumento de reclusos borrando todos los “esfuerzos” de disminuir el hacinamiento (Aguirre Salas, León, y Rivadeneira González, 2020; Núñez, Suárez, Flores, Carpio, y Gutiérrez, 2021). El objetivo de las prisiones se fundamenta en la reintroducción de las personas en la sociedad. A pesar de estas acciones, se puede evidenciar que el hacinamiento sigue perpetuado en los sistemas penitenciarios y se podría relacionar que existe mayor cantidad de personas que infringen la ley por leyes endurecidas en el marco del COIP. En otras palabras, mientras mayor número de transgresiones existan más miedo tendrá la población y cuanto más miedo exista en la población, más socialmente aceptable y discursivamente deseable se vuelve el sistema de control policial y el encarcelamiento. Además, cuando alguien ha sido condenado busca sobrevivir a su encierro y posteriormente cuando cumple su condena decide reinsertarse a la sociedad probablemente no podrá encontrar un trabajo por su récord policial (Núñez Vega, 2006a) ¿Qué esperamos de una persona encarcelada que queda libre y recibe exclusión social y laboral?

Las cárceles son microsistemas sociales con comportamientos normados que generan relaciones sociales basadas en la cotidianidad. Al respecto Pierre Bourdieu (1988), en su obra “La distinción, criterios y bases sociales del gusto” intenta generar entendimiento de los fenómenos de la sociedad en un nivel elemental de interacción, llamado vida cotidiana o lo que el mismo autor ha denominado “habitus”. Es decir, la compartición de estilos de vida similares de las personas en un entorno social homogéneo. Esta denominación resulta ser el principal generador de prácticas objetivamente enclasables y a su vez del sistema de enclasmiento de tales prácticas. En el caso de las cárceles se encuentran jerarquías en donde el más vulnerable, es sujeto de castigo. Foucault (1988) en referencia al sujeto y al poder, denomina como prácticas divisorias en donde el sujeto, se divide en su interior y con los otros; es decir, el bueno, el malo, el criminal, el loco, entre otros.

En este contexto, los discursos de rehabilitación social resultan demagógicos, porque la mayoría de estos afirman buenos resultados. Pero, el poder puede esconder el sufrimiento del débil dentro de un panóptico e incluso naturalizar. Estas acciones históricamente concebibles desde determinados sistemas, impuestos por medio de instituciones y con prácticas de discriminación y violencia percederas por las propias jerarquías (Foucault, 2006) dentro de los presos o por los entes estatales que tiene dinámicas de poder como el SNAI. Aquello ha constituido condiciones de vida adversas para la población privada de la libertad, en donde el goce de derechos básicos como la salud por parte de esta población suele ser vulnerado. La Organización Mundial de la Salud establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (2017). La violación de los derechos básicos de salud puede acarrear graves consecuencias sanitarias en una comunidad, más aún, si se considera el limitado nivel de interacción social de los privados de la libertad.

En países Latinoamericanos como Ecuador, la privatización o manejo económico es interno, es decir las familias y los presos sostienen la estructura carcelaria para sobrellevar el encierro y la violación de sus derechos humanos

(Núñez Vega, 2006b). Como se mencionó en párrafos anteriores los Centros de Rehabilitación Social (CRS) o cárceles en Ecuador han sufrido grandes cambios estructurales para brindar mayor capacidad carcelaria. Por consiguiente, la reestructuración del sistema carcelario del 2014 llevó a la construcción de tres CRS Regionales en varias ciudades del país con la finalidad de disminuir el porcentaje de hacinamiento, mejorar la salubridad, disminuir la violencia, entre otros. La institucionalidad de los 53 CRS del país están a cargo de varios establecimientos gubernamentales como: Ministerio del Interior, el SNAI y Ministerio de Salud Pública. Cada institución cumple un rol normativo y de control basados en sus funciones y competencias. Estas tres instituciones se encuentran continuamente evaluadas bajo el seguimiento del Comité Permanente de Defensa de Derechos Humanos. Sin embargo, es necesario preguntar ¿Las instituciones influyen en el manejo carcelario interno? ¿Los presos obedecen a lo establecido en su centro de acogida (la cárcel) por los líderes de cada pabellón o normas del gobierno?

*Un policía y tres privados de la libertad heridos, 125 cámaras de seguridad, puertas y el policlínico destruidos fueron el saldo del amotinamiento registrado este domingo 1 de septiembre del 2019 en el Centro de Rehabilitación Social de Turi (CRS), en Cuenca.*

*Diario, El Comercio*

En el anterior epígrafe: ¿Podemos pensar que la salud de los pacientes se encuentra relacionada con el resultado del amotinamiento y la destrucción del policlínico? El vínculo entre los presos y salud tiene un ente regulador para la prestación de servicios, el Ministerio de Salud Pública, el cual está encargado de brindar atención médica con un enfoque integrador y sin discriminación en las cárceles del país. Aquello está expuesto en el Artículo 203 de la Constitución de la República del Ecuador (2008). Además, algo similar se describe en el Reglamento del Sistema Nacional de Rehabilitación Social en la sección I de las condiciones de privación de libertad (SNAI, 2020). La atención de los funcionarios de salud se ve

adaptada a la infraestructura de las cárceles, en algunas como las cárceles regionales su atención es de ocho horas los siete días a la semana. En la mayoría de las prisiones la atención es itinerante; es decir, el personal de salud acude una o dos veces a la semana o se coordina una vez al mes en dependencia del número de privados de libertad. En el CRS– Turi, ubicado al sur del país, en la ciudad de Cuenca, al ser un Centro Regional recientemente construido (2014) cuenta con la infraestructura para brindar atención continua a los presos por parte del MSP de lunes a domingo de 08h00 a 17h00.

En ese sentido, se observa que los presos también tienen jerarquías según su delito, recursos económicos y si es que pertenece al crimen organizado (Vásconez y Quito, 2006). De hecho, las dinámicas carcelarias me recuerdan a la obra de literatura de Mario Puzzo (El Padrino), ya que los presos que menor poder tienen en la cárcel están sujetos a ser expoliados por los que más poder u “organización” detentan. En ese sentido, estos grupos representan un contrapoder a la oficialidad, lo cual es un factor adicional relacionado a la vulnerabilidad en la salud de la población carcelaria.

Miguel<sup>24</sup>, profesional de la salud que estuvo el domingo del amotinamiento y destrucción del policlínico manifiesta que días anteriores evidenciaron que varios presos que no acudían a atención pasaban por el policlínico, pero solo observaban. Indica que existen presos que defienden al policlínico y a los médicos porque es el único lugar en donde les dan lo que realmente necesitan y en lo posible una atención de calidad. “Se llevaron los psicotrópicos, pero no lograron encontrar los antirretrovirales, porque estaban en una cajita, rompieron historias clínicas y se llevaron instrumental de odontología que les sirve como armas porque son cortopunzantes... no sé porque destruyeron todo, después andaban arrepentidos porque no les podíamos atender y se dieron cuenta que lo que hicieron no fue lo mejor para ellos mismo” Como varios funcionarios de salud, Miguel y sus compañeros tienen

---

<sup>24</sup> Miguel, nombre asignado a mi informante para proteger su identidad.



miedo a atender y las barreras que ya tenían en el momento de atención se incrementaron.

A pesar de la construcción de los nuevos centros penitenciarios, para superar diversos problemas relacionados a la rehabilitación social, la historia vuelve a repetirse debido a que, las cárceles ecuatorianas han tenido varios problemas con respecto a la salud, varios relacionados a la insalubridad y hacinamiento como: tuberculosis, dermatitis, neumonías y otros problemas de salud en atención a pacientes con enfermedades crónicas como VIH, diabetes, hipertensión, cáncer, entre otros porque en algunos casos no acceden a las consultas, medicamentos y atención integral. En este sentido, los protocolos del sistema sanitario del país están orientados a la promoción y prevención de las enfermedades. Sin embargo, no cuentan con una adaptación y aplicación acorde al contexto carcelario. Contrariamente, las políticas implementadas se realizan de forma “homologada” en el país, ignorando las particularidades de cada espacio o contexto y las necesidades que manifiestan los usuarios<sup>25</sup>, que en este caso serían los presos.

## **Gestión de la data de VIH y entrega del medicamento desde una perspectiva social**

Con la finalidad de mejorar la “calidad de vida del paciente con VIH”, se entrega de forma gratuita el tratamiento antirretroviral en el Ecuador. Tal como se menciona anteriormente la ONUSIDA promulga que todos los países garanticen el plan 90-90-90. Bajo estas premisas se realizará un análisis con dos enfoques: el primero es evidenciar la información epidemiológica de los presos con VIH-Sida en el CRS-Turi y el segundo es su vínculo con el medicamento antiretroviral desde la percepción de los profesionales de salud y condición de los presos.

---

<sup>25</sup> Los usuarios de la cárcel, los privados de libertad son quienes se encargan que, en cada ingreso de alguien nuevo para supervisión, monitoreo, entre otras cosas buscan la oportunidad para acercarse y quejarse de la comida, de que no tienen uniforme, que no reciben sus medicinas, entre otras cosas. Es decir, al no sentirse escuchados por los propios funcionarios y autoridades buscan elevar su voz mediante quejas y esperan ser escuchadas.

El tratamiento con antirretrovirales tiene varias opciones como tabletas, jarabe o inyectables. La finalidad es disminuir la carga viral o en su defecto provocar una carga viral indetectable; pero los efectos secundarios a corto y largo plazo tales como dolor de cabeza, mareo, vómitos, dolor muscular, problemas del riñón, hepatotoxicidad (lesión en el hígado), hiperlipidemia (aumento de las concentraciones de grasa en la sangre), neuropatía periférica (lesión nerviosa), entre otros (Shaw et al., 2019) generalmente lleva a tener índices altos de abandono del tratamiento por determinados periodos de tiempo (Ekstrand et al., 2018).

*No consumo todos los días porque prácticamente son muy fuertes. Consumo unos 15 días durante el mes. Lo que es muy fuerte y en lo que yo estoy acá dentro, no se... me puedo quedar tirado por ahí, me tiene, así como el cuerpo decaído, como dopado.*

*Preso con VIH, 15/ 03/ 2019*

En mi trabajo de campo y por experiencia en el Ministerio de Salud tuve la oportunidad de observar el registro de información en los sistemas informáticos que maneja salud, lo complejo resulta al momento de prescribir la receta de algún medicamento o suplemento. Como salud se manejan estadísticas de *prescripción*, pero no estadísticas de *consumo* o no se realiza en la anamnesis para levantar información en las consultas subsecuentes sobre la adherencia al tratamiento medido desde el consumo, es decir los profesionales conocen los efectos secundarios de los fármacos, pero asumen el éxito al entregar una receta o pueden conocer que no consume el paciente, pero para cumplir con los protocolos del MSP continúan con la prescripción, entrega y registro.

Para evidenciar el cumplimiento de los protocolos del MSP, la institución planifica supervisiones, las que consisten en la revisión aleatoria de las historias clínicas en físico o en los sistemas de registro de información online con la finalidad de verificar las prescripciones y notas de evolución, en caso de incumplimiento se

realiza un informe técnico y se envía al Director Distrital de Salud<sup>26</sup> para que realice el monitoreo continuo y cumpla con los compromisos pactados con los profesionales de los centros médicos públicos. En los protocolos existen flujogramas de atención, diagnóstico y tratamiento para enfermedades específicas y el objetivo de la estandarización de la forma de atender y recetar es “mejorar la calidad de atención”, pero en cierta parte como mencioné anteriormente cumplir un flujograma que establece normas o pasos a seguir no garantiza que el paciente tenga adherencia y puede llevar a una consulta mecanizada y muy pocas veces individualizada.

En los centros carcelarios, el VIH ha tomado mucha fuerza y se ha convertido en una “amenaza” para las personas privadas de la libertad. Según los datos suministrados por la International Association of Providers of AIDS Care, IAPAC, se reporta una tasa de VIH de 5 a 7 veces mayor entre los internos que en la población general. Lo anterior se explica a partir de factores como las inadecuadas condiciones de vida (hacinamiento, alimentación precaria, exposición a abusos sexuales y uso de sustancias psicoactivas, entre otras), así como a los pocos programas implementados para la prevención de esta enfermedad en los centros de reclusión (Calonje y Córdoba, 2018).

Durante el 2020, según información oficial la tasa de incidencia del VIH en Ecuador es de 0.22 por 1.000 habitantes. No obstante, en las cárceles se registra una incidencia de 1.3. Estos índices se concentran en población masculina que mantiene relaciones sexuales con su mismo género, así como en trabajadoras sexuales, mujeres trans-femeninas y presos. En Ecuador, se registraron durante el 2020 un 83% (42.503) de personas que conocen su diagnóstico con base en una estimación total de 45.056 personas, de las cuales el 80% (33.894) se encuentran en tratamiento con ARV. Asimismo, un 80% (27.264) tienen carga viral suprimida por debajo de las 1.000 copias/ml (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

---

<sup>26</sup> El Director Distrital de Salud es el responsable de coordinar, planificar, controlar, gestionar, los recursos de los establecimientos de salud que se encuentren dentro de su jurisdicción.

En contraste a la información del MSP, es importante señalar que a nivel mundial se considera carga viral indetectable cuando está por debajo de 50 copias/ml, la cual puede variar en cada hospital según el reactivo<sup>27</sup> utilizado por lo que se podrían tener los siguientes puntos de corte: por debajo de 20, 37 o 50 copias por mililitro (WHO, 2010; Günthard et al., 2016). En la Coordinación Zonal 6 de salud, se establece que la carga viral indetectable en referencia al equipo utilizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso es de menos de 20 copias/ml. Por lo tanto, los resultados son abismalmente contradictorios, ya que la información presentada por el MSP en el boletín anual de VIH/sida<sup>28</sup> del 2020 en sus estadísticas reflejan que una carga viral indetectable es menos de 1000 copias por ml por lo que deja en tela de duda su confiabilidad y gestión de la data, hasta el punto de estar en contra de su propia guía de atención de VIH (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016). Entonces: ¿Los técnicos se equivocaron o no se encuentran capacitados para procesar la información estadística? ¿Cuáles son los filtros que tiene el sistema de salud para verificar la información que presenta a nivel mundial? ¿Este error obedece a la falta de equipos o es arbitrario? ¿Cuál es el valor bioquímico o punto de corte para establecer que una persona está con carga viral indetectable?

En el CRS – Turi, con corte en septiembre de 2019 existen 42 personas con VIH – Sida en una población de 2.245 presos, el 75% de los casos se encuentran concentrados en los varones. Sin embargo, la realidad carcelaria es distinta a la sociedad en general. Entonces, es primordial conocer los protocolos, guías y lineamientos oficiales y adaptaciones al contexto específico de la cárcel que han realizado los funcionarios de salud con la infraestructura carcelaria. David<sup>29</sup>, preso con VIH expresa que su enfermedad está por toda la penitenciaría y no todos reciben tratamiento por vergüenza al exponerse a los maltratos o porque no conocen que padecen la enfermedad y no registran atenciones en el policlínico.

---

<sup>27</sup> Sustancias químicas que se utilizan para ver la presencia o cantidad de una sustancia en análisis químicos.

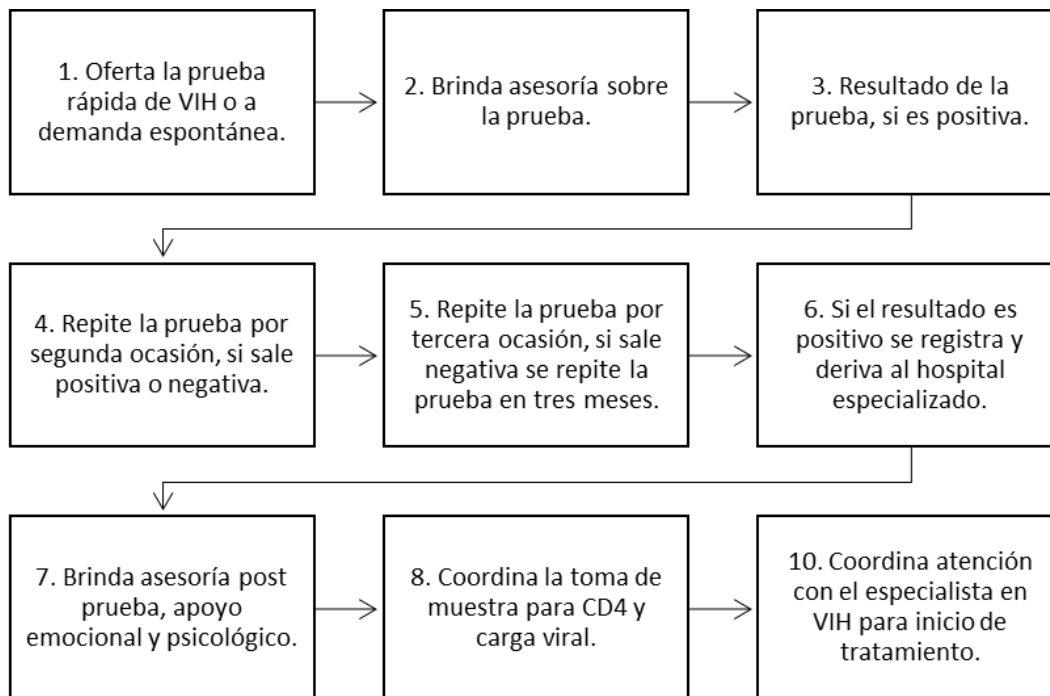
<sup>28</sup> <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>

<sup>29</sup> David, es un nombre anonimizado de una persona VIH positivo.

El sistema sanitario de Ecuador es gratuito para todas las personas. Los presos se consideran un grupo prioritario de atención en el marco de los derechos humanos. Sin embargo, se brinda atención solamente a personas con sentencia. Es decir, no se atiende a personas detenidas provisionalmente, salvo en casos de emergencia. Con respecto al VIH se ofertan pruebas rápidas para tamizar a los presos que lo deseen con el objeto de continuar con el flujograma expuesto a continuación en la ilustración 2 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018a).

## Ilustración 2

*Pasos para la toma de pruebas rápidas para detección de VIH, Ministerio de Salud Pública del Ecuador*



Como se puede observar para confirmar o descartar un diagnóstico se aplican varios pasos. Ya sea a nivel de asesoramiento y apoyo emocional; si en el caso el resultado es positivo los funcionarios de salud “garantizan” el cumplimiento de este protocolo de atención al momento de su diagnóstico.

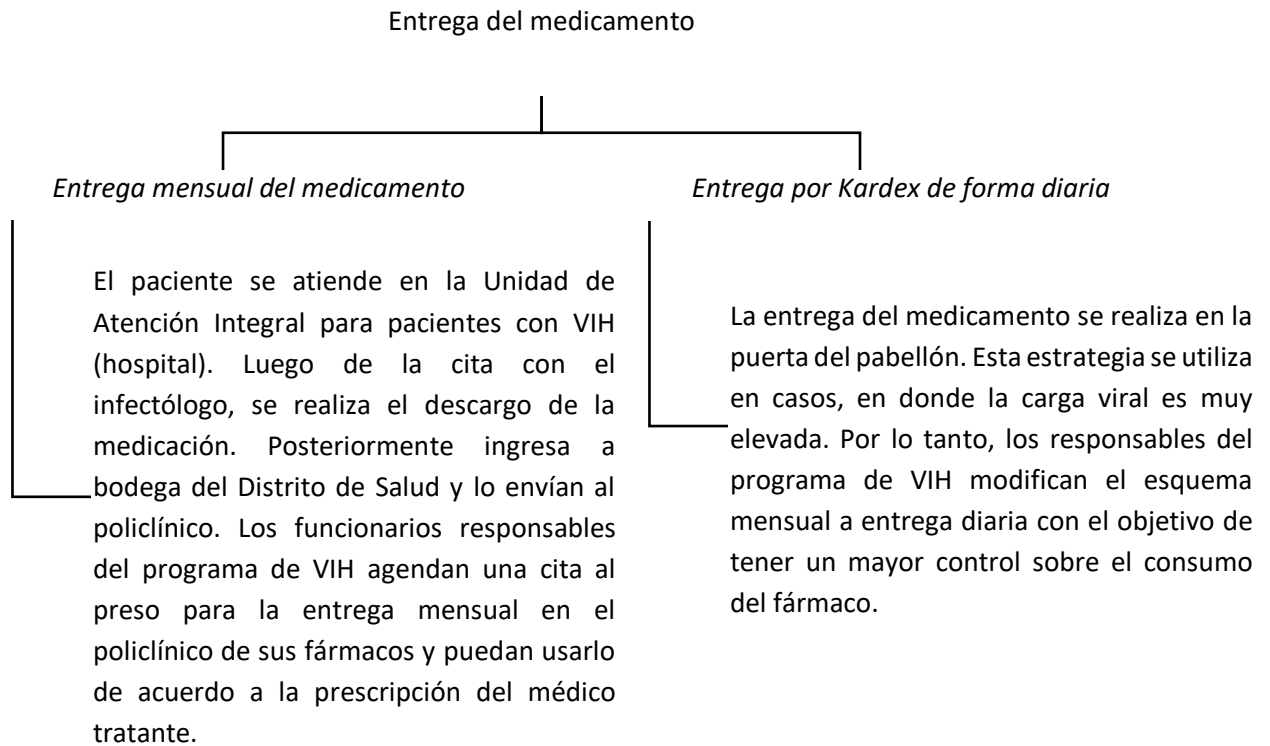
La salud de presos con VIH se monitorea semestralmente con base en la carga viral y el CD4 (Linfocitos T4). Estos exámenes brindan la siguiente lectura:

*carga viral detectable e indetectable* (el virus está cuantificado y registra menos de 20 copias para que el médico indique que el paciente tiene carga viral indetectable, es decir, si tiene carga viral indetectable posee menor probabilidad de contagiar). Por su parte, *el CD4* oscila entre 500 a 1500 células (se usa para vigilar la salud del sistema inmunitario en personas infectadas con el VIH). En consecuencia, el sistema inmunitario o las defensas de los pacientes al estar en el rango normal evita una co-infección y en algunos casos, la muerte por la presencia de enfermedades oportunistas.

Los lineamientos para la entrega de los medicamentos por parte de los funcionarios de salud a los pacientes con VIH son claros. Se realizan los exámenes pertinentes, luego las atenciones en el centro de salud y hospital con el infectólogo y posteriormente el médico prescribe y el policlínico realiza la descarga de la medicación de acuerdo a la receta. La medicación se entrega basado en las características de los pacientes, teniendo dos opciones: entrega mensual o entrega diaria por Kardex que se exponen en la ilustración 3.

## Ilustración 3

### *Procesos de entrega del medicamento antirretroviral*



Cabe mencionar que, en las dos opciones de entrega del medicamento existen vacíos. Primero, el médico desconoce si el preso con VIH consume el medicamento. Segundo, se ignora qué sucede con el fármaco una vez que ingresa al pabellón. Esto da paso a más dudas relacionadas al seguimiento. Aunque, una prueba que brinda referencias sobre el consumo es el examen de sangre realizado de manera semestral, el cual, se denomina carga viral. Cabe indicar que, para otras patologías como la tuberculosis, una estrategia que implementan los funcionarios de salud es entregarles directamente y observar la ingestión del fármaco. Sin embargo, el protocolo de confidencialidad en casos de pacientes con VIH limita la implementación de la estrategia anterior porque quedarían en evidencia sobre su enfermedad. Probablemente, se debería re-pensar en otras estrategias para

atestiguar la ingesta del fármaco en las personas VIH positivas, pero al mismo tiempo garantizar la confidencialidad.

A pesar de la confidencialidad que podría ralentizar ciertos procesos en el marco de las garantías a los derechos de los presos, el policlínico tiene la obligación de dar seguimiento y atención a los pacientes que tienen VIH/Sida, por sus condiciones de vulnerabilidad. Según la información del personal de salud a responsable del programa, el primer diagnóstico del paciente –intramuros- provoca seguimientos mensuales, así como exámenes semestrales que desencadenan en la entrega de la medicación y derivación al infectólogo en el hospital en donde existe una Unidad de Atención Integral para personas con VIH ubicado en Hospitales Generales.

*El problema es la pérdida de la medicación.*

*No porque ellos hagan perder, si no puede que se les roben o les quiten o cualquier otra situación y entonces hay que precautelar la adherencia al tratamiento para tener cargas virales indetectables*

*Profesional de salud, 31/1/2020*

La adherencia al tratamiento es el resultado esperado al brindar el TAR (tratamiento antirretroviral). En relación a esto, surge una duda preocupante: ¿Cuántos presos con VIH tienen adherencia al medicamento? A efectos de responder esta duda, se obtuvo información basada en la aplicación de entrevistas a profundidad. El uso de esta técnica de investigación procuró indagar sobre la adherencia al medicamento. Se aplicó a tres profesionales de salud a cargo de la estrategia de VIH. Ellos manejan las historias clínicas, reportes estadísticos y conocen de primera mano los resultados de la carga viral. En la tabla 3 se expone lo obtenido.



**Tabla 3**

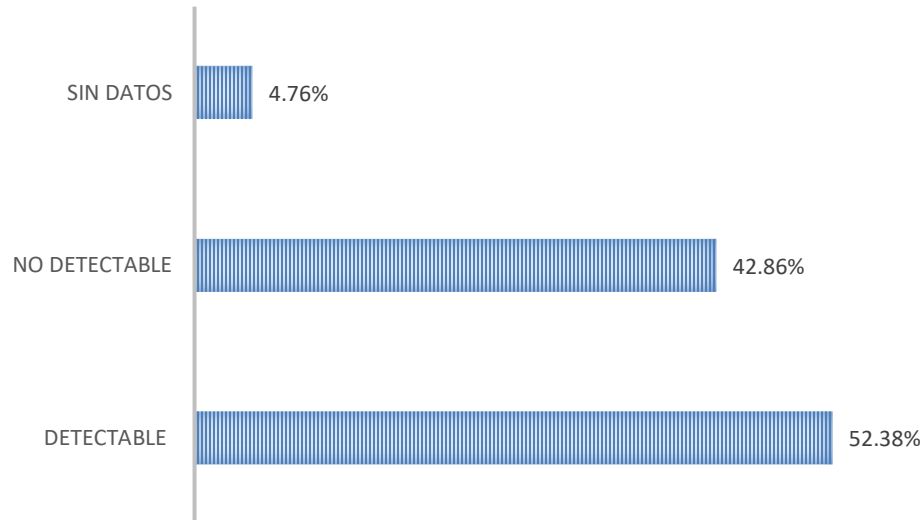
*Tipo de carga viral con corte a julio 2019 en el CRS Turi*

<b>Número de VIH positivos en la cárcel</b>	<b>Adherencia</b>	<b>Comentarios del interlocutor</b>
+ 40	No tiene ese dato	<i>Son pacientes constantes, llevan bastantes años siendo adherentes.</i>
44 (100%)	40 (90.9%)	<i>Están con una buena adherencia, el indicativo es la carga viral.</i>
42 (100%)	37 (88%) – 38 (90.5%)	<i>Están con carga viral de menos de 20 copias.</i>

En contraste con la información de la tabla 3, el trabajo de campo reveló que los resultados de las cargas virales y CD4 de los presos (42) VIH positivos en la cárcel de Turi, hasta julio de 2019 el 43% (18) tenían carga viral indetectable, tal como se expone en la ilustración 4.

## Ilustración 4

*Tipo de carga viral en pacientes VIH positivos, CRS Turi – Julio 2019*



Como se puede observar en la tabla 3 e ilustración 4, la información obtenida por los sanitarios versus la levantada en esta investigación es ambigua y no esclarece la situación real de cada paciente con el resultado de su tratamiento. Es decir, en un total de 44, 42 y 43 presos con VIH en la prisión de Turi para los profesionales de la salud el porcentaje de adherencia representada por la carga viral indetectable está en un rango de 88% a 90% respectivamente, pero al comparar con los informes médicos y datos bioquímicos que se revisaron en el policlínico se establece una carga viral indetectable del 43%. Se debe indicar que la muestra total de presos con VIH podría variar por algún traslado o nuevo diagnóstico; sin embargo, los datos de adherencia al tratamiento presentan diferencias significativas.

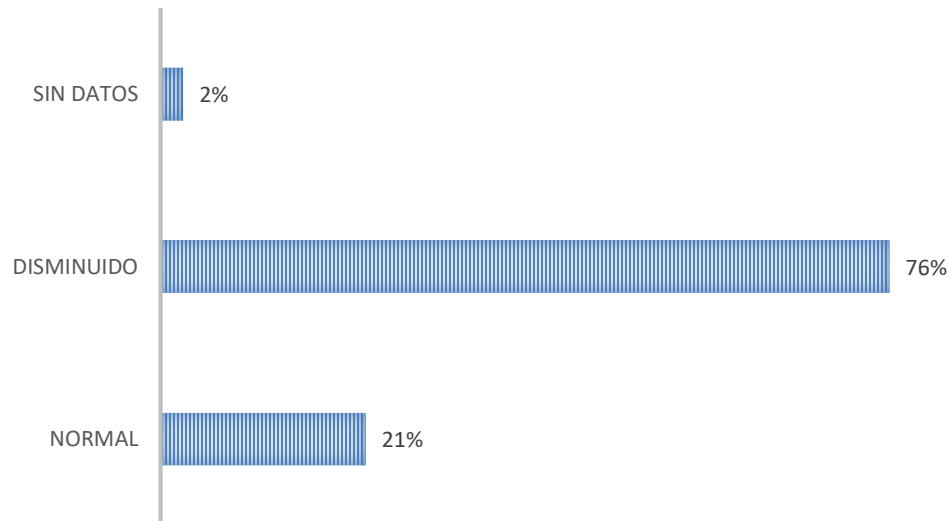
El vínculo entre el medicamento y el paciente no está claro. Probablemente, el medicamento no llegó a su destinatario por pérdida en las celdas, cateos, al no recibir el medicamento o al no querer recibir el tratamiento. Por consiguiente, se desconoce el fin del medicamento en relación a su consumo o pérdida. Hipotéticamente, una serie de eventos alrededor del medicamento son

desconocidos debido a que los presos no tienen el porcentaje de carga viral indetectable, tal como lo indicaron los funcionarios de salud. En este sentido, ¿Cómo evalúan o bajo qué criterios se categorizan a los pacientes con carga viral indetectable?

Asimismo, en la muestra descrita anteriormente, se verificó información con respecto al linfocito CD4 se conoce que, si alguien está infectado con el VIH, pero no ha empezado el tratamiento, el número de células CD4 disminuye. Este es un signo de que el sistema inmune se ha debilitado. Cuanto más bajo sea el recuento de células CD4, existen más posibilidades de que la persona adolezca de alguna enfermedad oportunista como la tuberculosis. La ONUSIDA, ha postulado que una vez que se cumpla con el objetivo 90-90-90, las enfermedades oportunistas relacionadas con el sida seguirán disminuyendo (Buchacz et al., 2010; Ferry et al., 2009). En el caso de este estudio, se puede observar que un 76% (32) de las personas con VIH tiene un CD4 disminuido. Esto significa que están con su sistema inmune débil, aquello es una situación muy preocupante especialmente cuando se habla de salud integral en los sistemas penitenciarios ecuatorianos. En la ilustración 5, se expone lo manifestado:

## Ilustración 5

*Respuesta inmunológica medida en el linfocito CD4 en pacientes VIH, CRS Turi – Julio 2019*



En la ilustración 5, es preciso mencionar que la información epidemiológica es un tema crucial en el contexto carcelario, ya que es una herramienta para mejorar la gestión en salud y calidad del dato. En el MSP la información la generan los médicos que brindan la atención directa y la registran en sistemas de información denominados plataforma de registro de atención en salud (PRAS) o en el sistema de registro diario automatizado de consulta y atenciones ambulatorias (RDACAA). Generalmente las decisiones y estrategias gubernamentales se implementan bajo resultados basados en números.

La gobernanza de los datos en la gestión contemporánea se ha enfocado en confianza de las cifras estadísticas para la formulación de políticas y tomas de decisiones (Davis, Kingsbury, y Merry, 2015). Sin embargo, en Ecuador la mala calidad del dato genera desconfianza, por lo que se requiere estadísticas certeras para interpretar y priorizar políticas públicas en diferentes contextos (Villacís, 2021), según Silva (1997) los informes números y epidemiológicos pueden mostrar u

ocultar la información relevante por lo cual acuña que los informes sanitarios podrían ser *estadísticamente posibles; pero conceptualmente estériles* o sin fundamento.

En el caso de salud se busca conocer de primera mano la morbilidad e información epidemiológica con la finalidad de mejorar la calidad de atención y revisar el resultado de implementación de los protocolos, normas o guías de práctica clínica. Las instituciones necesitan evaluar de forma constante la generación de la información, sus variables y cómo son procesadas -el cómo<sup>30</sup>-. Además, es recomendable tomar en cuenta información cualitativa en todo el proceso de generación del dato, percepciones sobre la atención brindada por los funcionarios y sobre todo una constante retroalimentación para incentivar a la ciudadanía (pacientes o familiares) a diálogos de participación para mejorar el sistema de salud.

La estadística necesita estar en un diálogo vivo que evoque profundidad del conocimiento y cierto acercamiento a la realidad. Es incierto pensar que un gráfico estadístico muestre la realidad de un problema social (Silva, 1997) cuando los problemas sociales complejizan variables o categorías que no necesariamente deben ser numéricas. Los indicadores como incidencia, prevalencia dentro de la epidemiología son construidos como punto de partida de un problema de salud. Aunque no evidencia el resultado de las intervenciones médicas dentro de las relaciones sociales que involucra la enfermedad como agente de cambio y el efecto del tratamiento simplificado en un consumo farmacológico. En este sentido, involucrar a los actores, a las personas que viven esa realidad para hablar y escuchar, es decir introducir la etnografía como una técnica para explorar el problema y saber cómo combatirlo. Gravemente, las instituciones desperdician recursos intentando solucionar todo desde el escritorio al redactar documentos oficiales. La solución no se centra en una metodología mecánica y vulnerable a modificaciones a conveniencia o por errores de digitación. Probablemente, el

---

<sup>30</sup> El cómo se registra la información es importante en salud ya que los médicos que atienden al paciente llenan la información, pero por el tiempo de atención manifiestan que muchas veces no verifican si está completo o correcto.

individuo como un agente social vinculado a procesos, en contextos sociales, es decir, el cambio se ve más allá de un número.

Con respecto a lo indicado sería importante integrar a la antropología y la epidemiología mediante un constante diálogo con una base social y cultural que conlleve a aumentar la profundidad de la investigación y mejorar la aplicabilidad de la epidemiología (Janes, 2020). Por consiguiente, es recomendable dejar el conformismo disciplinario para transformarlos en un diálogo e intervencionismo interdisciplinario (Cerón, 2019).

## CAPÍTULO 2

### Tránsito de los medicamentos e interacciones con los sujetos y objetos en la cárcel

#### Ruta del antirretroviral y su agencia en los entornos carcelarios

En las prisiones existen relaciones de poder, control y vigilancia y los actores carcelarios otorgan desafíos, obstáculos y constantes negociaciones que están inmersos en el proceso de consumo, salud, adherencia, entre otros. Existen varios estudios sobre la medicalización y consumo de psicotrópicos en presos con alguna alteración en la salud mental (Benavides et al., 2019; Ordoñez-Vargas y Cortés-García, 2020); sin embargo, no se evidenció estudios sobre el consumo de medicamentos antirretrovirales en las cárceles. La medicalización es un proceso socio-técnico complejo, heterogéneo y dinámico, que involucra varios actores sociales (médicos, enfermeros, guías penitenciarios, usuarios), y consiste en respuestas farmacológicas para las alteraciones de la salud. Por otro lado, la patologización y diagnóstico consiste en reducir los problemas de la vida a estados de mortalidad (Bianchi, 2019; Ordoñez-Vargas y Cortés-García, 2020). Es por esta razón, que se analizará sobre el consumo y las relaciones que ejerce el medicamento en la prisión.

Se ha demostrado que el encierro aumenta la utilización de drogas psicoactivas porque los desequilibrios psicológicos y neurológicos se ven exacerbados por el encierro (Ordoñez-Vargas y Cortés-García, 2020). El uso continuo de drogas psicoactivas o en su defecto de cualquier medicamento que ingrese a los pabellones en las cárceles es una práctica tan cotidiana en estos escenarios que pocas veces se ve en la sociedad como un tema de reflexión y debate sobre la salud, bienestar mental y salud pública sobre la efectividad de los tratamientos y notas de evolución del personal sanitario (Hatch, 2019). En ese sentido, el objetivo de este capítulo es reconstruir y analizar, desde una perspectiva etnográfica, los caminos e implicaciones del proceso terapéutico en la adherencia

al tratamiento del VIH en correspondencia al (no) consumo o formas de consumo en la prisión de Turi de acuerdo a la agencia de los medicamentos antirretrovirales prescritos por los profesionales de la salud.

El presente capítulo muestra las diferentes rutas de los medicamentos graficados durante las entrevistas por los guías penitenciarios y los funcionarios de salud, y se analiza el gráfico construido por los presos en el taller en el cual se aplicó metodologías participativas (REDCIMAS). Basados en las gráficas recolectadas con las personas que viven y transitan su cotidianidad se busca reflexionar sobre distintas causas o posibles asociaciones que muestran las particularidades del consumo del antirretroviral o cualquier otro medicamento que ingresa al pabellón lo que desemboca a la adherencia o no adherencia al tratamiento.

Las entrevistas realizadas a los guías penitenciarios se efectuaron en un espacio no adecuado, ya que la SNAI me asignó una oficina compartida entre seis personas como lugar para desarrollar las entrevistas. El espacio de trabajo no brindó la confidencialidad que se solicitó, por lo cual los compañeros podían escuchar la conversación y estuvo presente el jefe de los guías penitenciarios<sup>31</sup>, en este sentido se improvisó y se procedió con las entrevistas con preguntas de rutina como nombre y funciones que ejecutan acompañadas de otras interrogantes que no estaban basadas en la ruta para disipar la atención de los funcionarios en nuestras conversaciones. Es importante recalcar que las entrevistas fueron cortas y las respuestas de los funcionarios no tuvieron el detalle esperado. Además, se evidenció la incomodidad con algunas de las preguntas: cómo son los flujos de control en la cárcel, la comercialización interna de los fármacos y posibles formas de ingreso de insumos o productos de fiscalización que se encuentran en los pabellones. Varios interlocutores cuestionaron la razón de su participación, porque se podría generar que las respuestas podrían llegar a ser malinterpretadas, por esta razón se aclaró a todos los participantes que el objetivo de la entrevista es conocer

---

<sup>31</sup> El guía penitenciario estuvo realizando actividades administrativas, pero algunas veces interrumpió las entrevistas para responder algunas preguntas o aclarar las respuestas que manifestaron los guías penitenciarios, ejerciendo poder e intrusión.



la ruta del medicamento desde su vivencia en la cárcel y que no consistía en un interrogatorio, al contrario, si no deseaban contestar alguna pregunta solo debían mencionarlo.

Por otro lado, las entrevistas realizadas a los interlocutores de salud para levantar la ruta del antirretroviral se efectuaron fuera del policlínico, en cafeterías y/o consultorios privados, la información fue extensa, detallada y se evidenció mayor soltura y menos incomodidad sobre las preguntas. Podría ser que los espacios fueran propicios para las entrevistas y además, que al formar parte del sistema de salud la relación establecida con los funcionarios fue más estrecha, por lo que no se sintió barreras al momento de las entrevistas, estaban familiarizados con mi presencia y esto no obstaculizó en el momento de la conversación, al contrario la información entregada por los funcionarios no fue nueva ya que en las visitas de campo me comentaban los limitantes y algunas inconformidades para lograr con la atención adecuada y la adherencia al tratamiento.

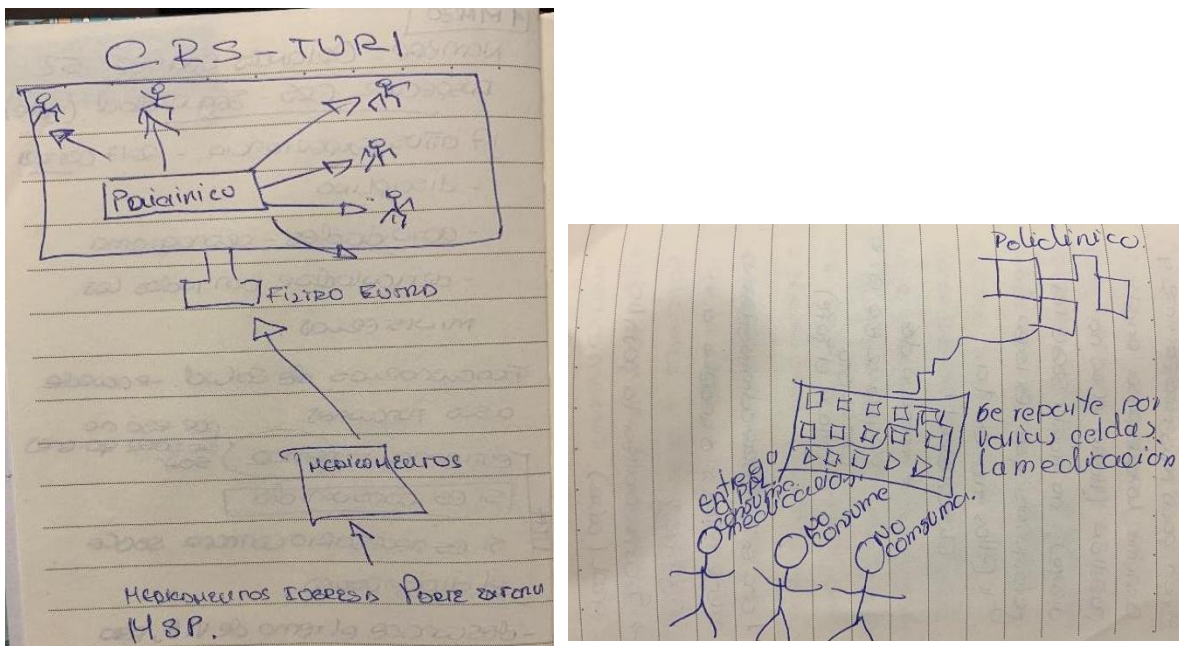
El taller participativo se ejecutó en un aula de la cárcel con 15 presos que fueron interactivos, al inicio tenían varias dudas sobre su participación, se comentó la finalidad del taller, objetivos y metodología a aplicar. Varios pensaron que la asistencia al taller y su colaboración sumada a su enfermedad crónica les ayudaría a agilizar sus papeles con abogados o tendría alguna influencia en sus juicios. Una vez solventadas y aclaradas todas las dudas se indicó que no es obligatorio su asistencia y si no están a gusto en participar podrían retirarse. De los 15 presos que asistieron todos se quedaron en el aula porque indicaron que no tenían otra actividad que realizar y que querían distraerse hasta que sea la hora del almuerzo. Su participación fue dinámica y enriquecedora, formaron grupos de trabajo y al realizar la ruta final determinaron mediante consensos las particularidades que suceden en los pabellones.

Las entrevistas a profundidad se realizaron en un consultorio asignado en el policlínico, se tuvo un espacio con la confidencialidad requerida y las entrevistas se efectuaron de acuerdo a las actividades o talleres de las personas con VIH, es decir se coordinó los horarios para no interrumpir sus actividades planificadas. Su

participación fue voluntaria y su fue activa al indicarme que les hacía bien hablar y sentirse escuchados, por esta razón la comunicación no fue un impedimento, varias veces no se tomó apuntes el rato de las entrevistas al ser un distractor, por esta razón se realizaron notas de campo posterior a las entrevistas.

## Ilustración 6

### *Ruta del medicamento antirretroviral, guías penitenciarios*

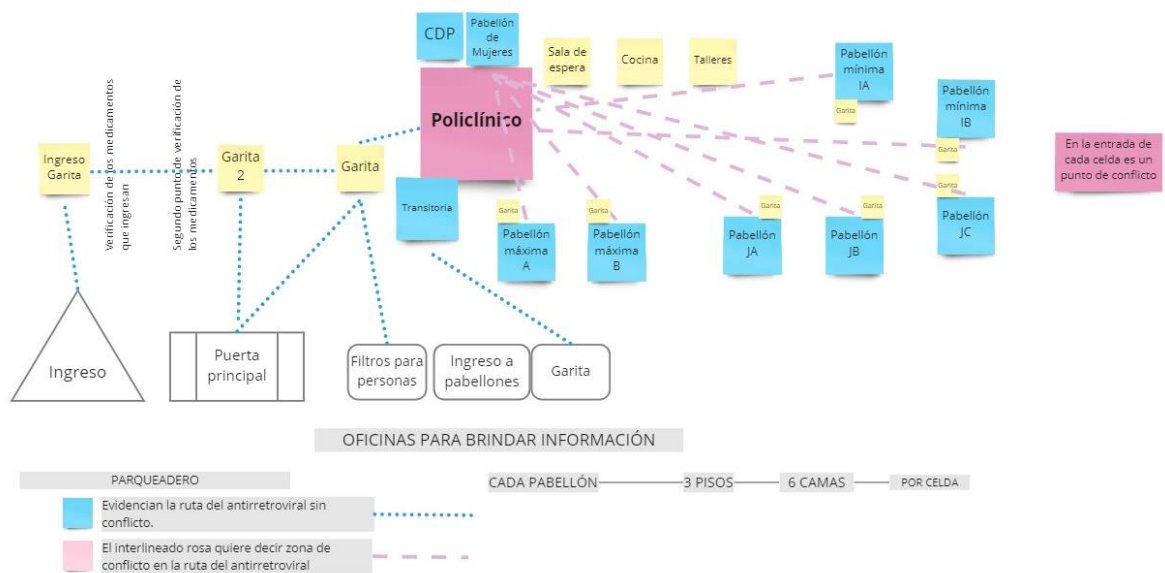


Como se puede observar la ruta del medicamento es reducida, en ella explican que los medicamentos ingresan y es responsabilidad del MSP. Su lugar de acopio es el policlínico y desde el centro de salud se entrega a los presos y los presos que reciben deciden consumir o no consumir los antirretrovirales. De igual forma, se evidencia que el medicamento ingresa a los pabellones y se reparte por celdas. Los medicamentos que sobran o no consumen no se conoce cuál es su destino final, es decir si regresan al policlínico o se quedan dentro del pabellón. Los guías penitenciarios no conocen ni especifican qué pasa con los medicamentos luego de la entrega, manifiestan que ellos no ingresan al policlínico y tampoco es su rol.

Pedro<sup>32</sup>, estuvo con una actitud nerviosa durante toda la entrevista y en cada respuesta su mirada se refugiaba en la del jefe para tener una suerte de aprobación del discurso establecido. Existieron momentos en los que no se vio observado y las respuestas que indicaba fueron breves, posiblemente para aprovechar esos momentos ilusorios de privacidad “En toda la cárcel trafican todo lo que tienen... pueden ser las pastillas, pero también drogas más fuertes, armas y cosas heavys” Regresó su jefe al lugar de siempre, se paró en todas las entrevistas detrás de mí, por lo que no pude observar sus gestos o expresiones que interfirieron en mis entrevistas y Pedro se silenció. La realidad de la cárcel y sus mecanismos de organización es un secreto a voces por todas las entidades gubernamentales que laboran en este espacio, las posibles implicaciones de los funcionarios por ingresar objetos prohibidos podrían ser un limitante para denunciar.

## Ilustración 7

*Ruta del medicamento antirretroviral, profesionales de salud*



<sup>32</sup> Pedro es el nombre ficticio de mi informante que trabaja en la SNAI. Ha trabajado en las prisiones de Ecuador por lo menos una década, en el CRS Turi ha rotado por todos los lugares de control.

Con respecto a la ilustración 7 realizada por parte de los profesionales de salud, se indica que los dos profesionales que hicieron el gráfico coincidieron con la ruta, para ejemplificar se utilizó el software miro con la finalidad de mejorar la interpretación por parte de los lectores. Por otro lado, se indica que los trazos con color rosado son parte de la ruta del medicamento, pero a su vez son sitios identificados como espacios de conflicto y los que están de color azul evidencian la ruta del antirretroviral sin conflicto.

La ruta demuestra que el ingreso y registro o verificación de los medicamentos se cumple en la garita de transporte, en esta instancia los funcionarios de la SNAI y/o policías inspeccionan cada caja con la hoja de autorización del ingreso conforme a la prescripción médica. Manifiestan que existen otros puntos de verificación y filtros (desconocen exactamente en donde se realizan) con la finalidad de evitar ingreso de sustancias o insumos que no estén permitidos o detallados en la hoja de autorización que es aprobada por el director de la SNAI. Luego del ingreso, los medicamentos llegan al policlínico para que sean entregados a los usuarios del centro de salud.

La vía de entrega se realiza por Kardex (entrega diaria) o por entrega mensual, esto se organiza mediante las prescripciones del médico tratante. Es importante recalcar que una vez que se entrega los fármacos por Kardex o de forma mensual al paciente lo que pasa en los pabellones se transforman en sitios de conflicto (resaltados con color rosado) específicamente en las puertas de cada pabellón. Lo que podría ser un limitante para el consumo del medicamento o ingreso del antirretroviral en su celda. Los profesionales manifestaron que una vez que se entrega a los pacientes los medicamentos no saben si consumen o no consumen ya que el personal de salud no ingresa al pabellón por seguridad. En el caso de la entrega mensual les llaman a los pacientes al policlínico y hacen el descargo de los fármacos, pero en el caso de entrega por Kardex, que es de forma diaria el o la enfermera acude a la puerta de cada pabellón y entregan directamente a todos los pacientes que están en el listado, pero a muy pocos presos les identifican al momento de entrega.

*Desde allá podremos decir que perdemos un poco el hilo, por la confidencialidad y porque mucho de los pacientes tienen dos veces al día, entonces la medicación se administra tanto en la mañana como en la noche, entonces nosotros tenemos un horario de 8 de la mañana a 5 de la tarde, entonces tenemos un vacío bastante que estamos hablando desde las 5 de la tarde hasta las 7:30 de la mañana del siguiente día.*

*También son presas fáciles, si bien ellos salen al hospital, son presas fáciles a que les hostiguen para que metan cosas ilícitas.*

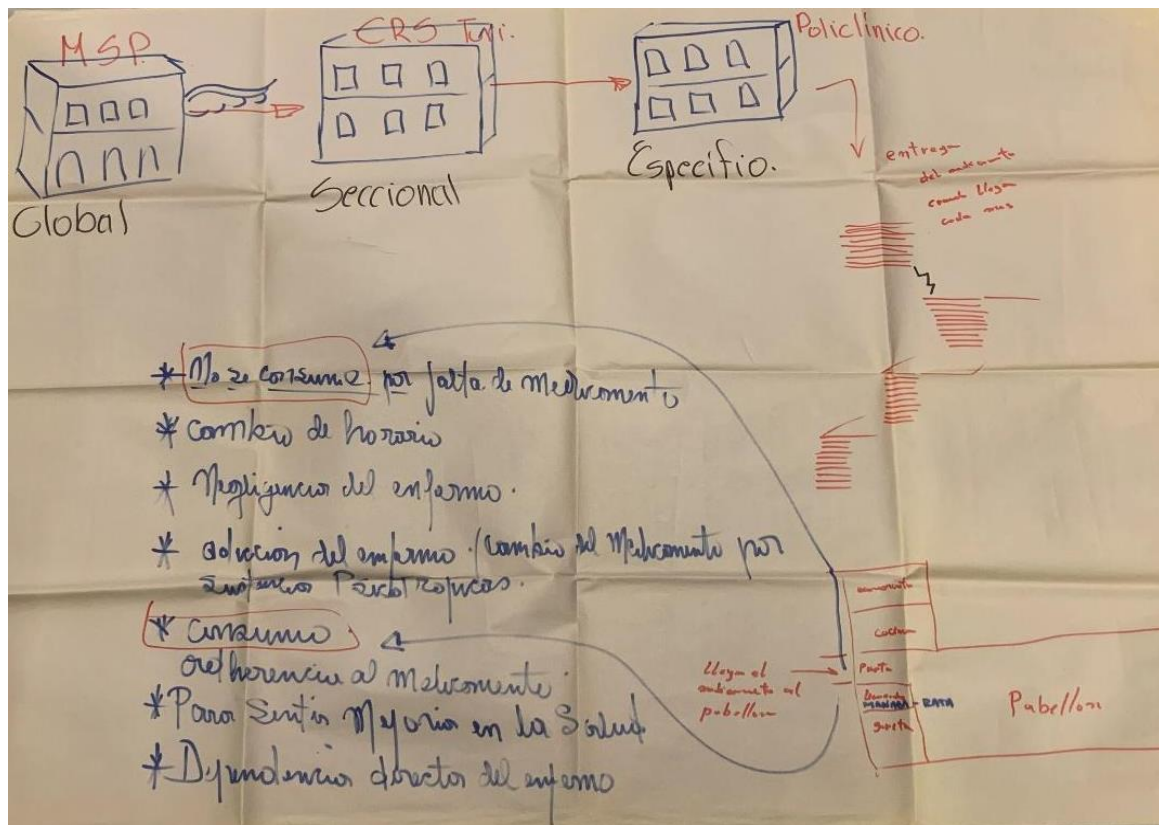
*Profesional de salud, 31/01/2020*

El consumo de los medicamentos depende de varios factores, se podría indicar que existen factores que ocurren *fuera de los pabellones* como miedo a la enfermedad, falta de pruebas rápidas que es un insumo para diagnóstico de VIH, desabastecimiento del medicamento en los centros de salud por falta de distribución desde bodega del distrito de salud, por falta de ejecución presupuestaria o falta de dinero para adquisición e incumplimiento del acuerdo de confidencialidad y factores *dentro de los pabellones* como predisposición al maltrato físico o psicológico por su condición médica, exclusión en la celda o pabellón, robo del medicamento, intercambio con drogas, alimentación o bienestar dentro del pabellón y venta para tener ingreso económico dentro de la prisión. Estas posibilidades aumentan o disminuyen la adherencia al tratamiento que los médicos prescriben y por otro lado la prescripción no garantiza el consumo o eficiencia al momento de la educación al paciente sobre la enfermedad. Como indica Marcelo, profesional de salud “los pacientes no acuden a atención médica porque se siente bien, ven que no tienen ninguna sintomatología y abandonan el tratamiento y lo que da después es resistencia a los antirretrovirales y por ende dificultad para tratamiento y más dificultad para obtener carga viral indetectable entonces es bien complicado por ellos” Es por esta razón que independientemente de las razones por las que una persona con VIH positivo no consuma su medicamento o al ser inconstante con el tratamiento aumenta el riesgo a no contar con un tratamiento y por ende desarrollar SIDA, lo que conlleva a la muerte.



## Ilustración 8

Ruta de los medicamentos que entrega el policlínico, presos



Los presos con enfermedades crónicas trabajaron en tres grupos de cinco personas y establecieron una ruta y datos específicos sobre el consumo de los medicamentos. En este grupo no se especificó sobre el tránsito de los antirretrovirales, se solicitó que escribieran el tránsito de cualquier medicamento que ingrese a la cárcel y a los pabellones. En este sentido se puede observar que existe una coordinación **global** del MSP para el envío al CRS Turi como espacio **seccional** para su distribución desde el policlínico como espacio **específico** para inicio de la dispensación del producto.

Comentan que en cada espacio de envío de las medicinas ya sea global, seccional y específico cuentan con filtros de revisión y chequeo por parte de los policías para ingreso y entrega. De igual manera los presos detallan la ruta de entrega directa o por Kardex pudiendo observar que en cada pabellón existen

personas encargadas de la recepción a la entrada del pabellón y distribución interna, como en el caso plasmado del manaba o don rata, ellos son presos que tienen la responsabilidad dentro del pabellón de mediana seguridad de recibir, llamar y entregar los medicamentos a sus compañeros del pabellón, esto se debe a que ellos conocen e identifican los medicamentos; lo que me lleva a pensar que son el primer filtro para reconocer qué presos tienen medicamentos con efectos interesantes, información que podría requerir el líder del pabellón para comercializar, como los psicotrópicos (fármacos).

Rubén, preso de 58 años con una actitud jovial, no dejaba de reír y de hacer bromas durante el taller, tenía un libro en la mano que minutos atrás solicitó en la biblioteca, buscaba hablar y decir siempre lo que pensaba y lo que no estaba de acuerdo. Él fue el delegado por sus compañeros para hacer el dibujo en el papelógrafo. Su explicación unificó todo lo que sus colegas decían. Lo rescatable de este momento fue que si alguno no estaba conforme con la explicación interrumpieron y agregaron sus puntos de vista y sobre todo sus vivencias. Cada integrante del taller no era de un mismo pabellón, lo que mostró que cada pabellón tiene sus particularidades como requisas internas por lo caporales para ejercer mayor control de lo que ingresa, revisión y aprobación del listado de personas que van a ir a policlínico, lugares en donde la violencia física es más frecuente o pabellones en donde se sentía una mejor relación y no presentaban ni observaban maltratos de forma frecuente. Al finalizar su relato Rubén puso énfasis que ni los guías penitenciarios, ni los enfermeros que van a entregar los medicamentos diariamente tienen el control “Don rata es el duro, él sabe sobre medicina, por eso él llama uno por uno y entrega, pero no todos bajan y todo lo que sobra lo administra internamente... no sé qué mismo hará, pero dentro si hasta una aspirina se aspira, ni se diga otras cosas fuertes...”

La tabla 4 compila las causas para el consumo o no consumo del medicamento detallado durante la construcción de los gráficos y ejemplificación de las rutas en el centro penitenciario de Turi. A los presos se les hizo anotar en el papelote y a los funcionarios del gobierno mientras dibujaban en una libreta se pidió

que expliquen el porqué de la ruta y las razones del cumplimiento de la prescripción médica. La información hablada se esquematiza por grupo de informantes y se categoriza en una columna de consumo y otra de no consumo.

**Tabla 4**

*Causas para el consumo o no consumo del antirretroviral en la cárcel de Turi*

<b>Informantes</b>	<b>Consumo</b>	<b>No consumo</b>
Guías penitenciarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar su salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intercambios dentro del pabellón.</li> </ul>
Funcionarios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocen los beneficios de los medicamentos en su salud.</li> <li>- Se sienten bien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sienten bien y fuertes.</li> <li>- Cambio por comida o por drogas.</li> <li>- Utilizan para inhalar.</li> <li>- Comercializan.</li> <li>- Se sienten débiles.</li> <li>- Son muy visibles y pueden sufrir extorsiones o segregación al descubrir su enfermedad.</li> </ul>
Presos con enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherencia al medicamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por falta del medicamento.</li> <li>- Cambio de horario de entrega.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para sentir mejoría en la salud.</li> <li>- Dependencia directa del enfermo (al medicamento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negligencia del enfermo.</li> <li>- Cambio del medicamento por sustancias psicotrópicas.</li> </ul>
--	---	--

El consumo de antirretrovirales establece relaciones económicas y de efecto (síntoma) que experimenta la persona. Es decir, el medicamento se transforma en un ingreso económico, objeto de canje para bienestar físico dentro del pabellón y un insumo para vivir. Estas dinámicas establecen panoramas que cada persona con VIH experimenta de acuerdo a la celda, pabellón y caporal <sup>33</sup>que les toca. Otro punto de análisis es el efecto de estas recetas o el acto de entrega de las recetas en la comunidad o sociedad en su conjunto, en este caso en la comunidad carcelaria y su impacto en la cotidianidad de las personas con enfermedades crónicas.

Xavier<sup>34</sup>, paciente VIH positivo diagnosticado hace tres meses en la cárcel, manifiesta que la cárcel no ayuda a rehabilitarse, es un encierro que muchas veces genera más adicciones “No es un centro de rehabilitación, en los pasillos se ve drogas: marihuana, cocaína, cripi, heroína, ploplo (polvo que se inhala), perica, hay armas, 2 pistolas, 1 granada 1 basuca”, indica que el ingreso es con los policías ya que ellos no pasan los filtros, todo se comercializa intra muros, si cambia la comida los jefes (caporales) le dan 1 gramo de droga. Xavier no conoce cuál fue la causa para contagiarse, sabe que sucedió dentro del centro penitenciario, pero no la forma<sup>35</sup>. Él consume drogas (marihuana, perica), actualmente manifiesta que lo ha dejado porque sabe que le hace daño; sin embargo, varias noches fuma un poco de

<sup>33</sup> Caporal es la persona encargada o líder del pabellón, también se le puede denominar comandante, tío, jefe.

<sup>34</sup> Xavier, es el nombre ficticio de una persona con VIH en la cárcel, se hizo un tamizaje de prueba rápida y le diagnosticaron los funcionarios de salud del policlínico.

<sup>35</sup> Cree que se contagió por prestar el cortaúñas, por cortarse el cabello o por compartir pipa al momento de consumir drogas, manifiesta que no tiene relaciones sexuales con otros hombres, ni con travestis.

marihuana para conciliar el sueño por el efecto que las pastillas le provocan como dolor de cabeza y sobre todo insomnio.

La relación que Xavier tiene con el ARV por ahora es lo que espera el sistema de salud, ya que cumple con el tratamiento, como dice: “hasta que el hígado le aguante” el medicamento ARV puede generar a largo plazo una lesión en el hígado denominada hepatotoxicidad acompañada de los siguientes síntomas como erupción cutánea, dolor de estómago, náuseas y vómito, fatiga, orina de color oscuro, deposiciones de color claro, ictericia (piel y ojos amarillos), inapetencia y fiebre (Clinical info HIV, 2021). Me muestra el frasco del medicamento y me indica que lleva consigo a todo lado porque esas pastillas son su vida “yo por mis pastillas hasta mato, le soy sincero” Me cuenta que muchas personas dentro del pabellón les roban las pastillas porque son fuertes y los efectos que tienen en el cuerpo también lo son, por ejemplo, a él los primeros días le hicieron alucinar, por eso toma en la noche. De igual forma indica que siempre esconde las pastillas en la celda porque cuando los policías hacen requisa (cada 6 meses) botan todo.

Durante mi trabajo de campo logré tener una buena comunicación y amistad con Xavier, me pedía que acuda a verle y me puso en la lista de sus visitas, pero después de varios meses logré entrar a la cárcel y aproveché el momento para saludarle, ver cómo estaba y para hablar. Me encontraba en el policlínico y le mandé a llamar con un guía penitenciario, cuando llegó me notificó el compañero de estadística, salí a saludarlo con mucho entusiasmo, como siempre. Pero era diferente, estaba drogado, flaco, se le veía enfermo y débil. Él se sorprendió al verme y creo que le dio vergüenza, no me saludó igual y no me pudo sostener la mirada, me dijo que estaba bien pero que tenía algo que darme (meses atrás le di una libreta) quería que vea lo que ha escrito durante este tiempo, se fue a su pabellón, le esperé por una hora y me mandó a decir con un guía penitenciario que no iba a salir, que no le espere. La última visita que hice fue a finales de enero de 2020 y no pude ingresar nuevamente por la aparición de la pandemia de la COVID-19 y en las prisiones no permitían los ingresos a las instalaciones.

El consumo del medicamento es variable, Xavier logró durante meses una carga viral indetectable, estaba dentro de la estadística esperada, pero la cotidianidad, su adicción, la falta que le hace su hija, su esposa y familia le afectó. No voy a tocar el tema de su causal de prisión, aquello es irrelevante. Pero el consumo o no del medicamento no es estático, o no se espera que la prescripción médica sea la fórmula mágica para lograr adherencia y cumplimiento del tratamiento.

La relación de Xavier con el medicamento y el resultado del tratamiento mediante la adherencia está en un constante cambio y se puede establecer tres panoramas: 1) podría continuar con la carga viral elevada, generar resistencia a los medicamentos, desarrollar SIDA y ser un agente de transmisibilidad en la prisión, 2) podría mejorar su relación con el medicamento, cumplir con la prescripción de consumo, acudir a los controles médicos y mejorar su calidad de vida o 3) su adherencia podría jugar entre límites de consumo y no consumo, es decir periodos de tiempo cumplirá con la prescripción y en otras ocasiones desistirá de seguir el tratamiento. De acuerdo a estos tres panoramas, la ingestión del fármaco está en el centro del análisis ya que al constatar una prescripción en la historia clínica o en la receta no garantiza la adherencia, es decir, el profesional cumple con el protocolo y receta el antirretroviral pero existe la posibilidad que la casa de salud no cuente con stock para la entrega, el paciente cumple con el tratamiento a cabalidad, o no quiera el paciente cumplir el tratamiento por distintas razones del contexto y personales, por lo cual me cuestiono ¿qué ocurre cuando se entrega el medicamento y qué agencia cumple el medicamento en la prisión en los diferentes lugares de conflicto como en la puerta del pabellón?

## CAPÍTULO 3

### La atención integral en salud para mejorar la adherencia al tratamiento

*La atención es buena pero más prioridad le dan a la gente que vende las medicinas.*

*Preso con diabetes e hipertensión, 5/2/2019*

#### **Modelo de atención, salud y enfermedad en los centros penitenciarios**

Las personas privadas de libertad o presos en conformidad con la Constitución de la República del Ecuador pertenecen al grupo de atención prioritaria y entre los derechos que se les reconoce está el relacionado a contar con los recursos para garantizar su salud integral en las cárceles. El artículo 12 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) indica que los presos gozarán de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución y en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Además, los presos que sean diagnosticados con enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado y serán categorizados con doble vulnerabilidad<sup>36</sup>.

Las cárceles amplifican las condiciones de salud adversas, incluidas las enfermedades infecciosas, a través del hacinamiento, la infraestructura física, el acceso limitado a los servicios básicos de salud y las actitudes y prácticas del personal de custodia o guías penitenciarios (Novisky, Nowotny, Jackson, Testa, y Vaughn, 2021). Por lo que, al conocer las características de los establecimientos penitenciarios de Ecuador, conllevan a un incremento del riesgo en relación al

---

<sup>36</sup> La doble vulnerabilidad se refiere que una persona al estar presa y tener una enfermedad crónica degenerativa tiene “mayor” derecho y está priorizadas las atenciones, tratamientos, traslados y referencias con la finalidad de ser atendidos por médicos especialistas.

empeoramiento de la salud y el bienestar de los presos (Robles Aguirre y Granados Cosme, 2018).

La atención que brindan los profesionales sanitarios del MSP se basa en el Modelo de Gestión Operativo para la Atención de Salud en Contextos de Privación de Libertad (2018b) que establece a los funcionarios garantizar la atención integral a la población asignada en el centro penitenciario en donde laboren, con la finalidad que cada preso que ingrese tenga una revisión integral en el policlínico o centro de salud. Los policlínicos cuentan con la prestación de servicios de medicina general, odontología, psicología, enfermería e incluyen de forma itinerante un profesional obstetra ginecólogo y un profesional nutricionista.

La salud integral de una persona no se centra exclusivamente en el acceso al tratamiento farmacológico, sino que implica la contención y apoyo profesional para una intervención a largo plazo. El objetivo de la atención sanitaria es permitir que las personas, como el conjunto de la población, elijan el tratamiento como un derecho fundamental, pero también que tengan acceso a cuidados y apoyos humanos. Por esta razón, corresponde a los profesionales de la salud tomar medidas para construir relaciones útiles y verdaderamente colaborativas que serán la base para hacer realidad el compromiso del paciente con la enfermedad y su prescripción (Campillay y Monárdez, 2019).

Es por eso que los procesos de salud, enfermedad y atención que muestra un grupo humano en cualquier espacio, están determinados por procesos de orden económicos, políticos e ideológicos; en este ámbito son de interés particular la forma en que se significan las enfermedades en el entorno específico y cómo enfrentarlas en cada espacio de interacción para evitar muchas formas de discriminación y estigma. Es por eso que el VIH se establece como un vínculo dialéctico entre la sociedad y el sujeto. Se podría decir que el VIH (como enfermedad) tiene una función articuladora en un espacio determinado (Robles Aguirre y Granados Cosme, 2018) al interactuar con las cotidianidades. Es decir, como indica Xavier, preso VIH positivo solo sus compañeros de celda saben que está enfermo y ellos le cuidan para que no se drogue, tome sus medicamentos y le apoyan en el tratamiento. Por

esta razón no se siente desplazado ni solo, porque sabe que si se llega a caer por el efecto de las pastillas ellos le ayudarían.

Menéndez (2009), manifiesta que, para aproximarnos al proceso de salud, enfermedad y atención del VIH, no es posible separar y estudiar exclusivamente la enfermedad, sino causar una ruptura para comprender que el VIH en contextos penitenciarios se desarrolla dentro de “un conjunto de relaciones sociales y la tarea para el investigador es la de buscar esas relaciones” (Mozo 2011). Se parte del análisis integral de los conjuntos sociales que ocurren alrededor de un problema y no priorizar el problema como elemento central, por lo tanto, se considera que “todo proceso biológico debe ser pensado también en términos sociales” (Mozo 2011).

De acuerdo a lo detallado anteriormente y en conformidad al modelo de gestión en salud, se observa que la adaptación del documento a contextos penitenciarios se caracteriza por establecer criterios para las referencias a centros especializados de segundo o tercer nivel<sup>37</sup> de atención basado en la necesidad del paciente y para establecer protocolos de seguridad para el personal de salud. Sin embargo, el documento no profundiza sobre las acciones específicas en los policlínicos. Por esta razón el modelo de atención no está adaptado a las experiencias, necesidades y particularidades que mencionan los profesionales en los pasillos. Tales como las barreras que presentan con los policías, con los guías penitenciarios y con el sistema burocrático, lo que limita las acciones sanitarias.

Las leyes y protocolos establecen roles para cada institución, pero los funcionarios de salud manifiestan que “el papel aguanta todo” al referirse sobre su seguridad en las cárceles. Esto se da porque los profesionales son los gestores de su integridad dentro del policlínico e implementan estrategias como la suspensión de la atención para que los guardias realicen los cateos a los privados de libertad y estén presentes en los pasillos del centro de salud. Además, por la inadecuada coordinación interinstitucional repercute en la salud de los presos al no cumplir con

---

<sup>37</sup> El segundo nivel de atención incluye a los hospitales generales y el tercer nivel de atención lo conforman los hospitales o centros de especialidad y son de referencia nacional.

el 100% de atención en los privados de libertad, a la entrega de alimentación sin tomar en consideración prescripción dietaria y la demora en las salidas o referencias para exámenes especializados, entre otras cosas.

*Si es que nosotros tenemos una problemática de salud que va relacionada con el aseo o con la alimentación. Pero le corresponde a la SNAI que la alimentación sea adecuada y cumplir con las recomendaciones del MSP, si no se cumple ahí fallamos, y se convierte en un círculo vicioso que estamos haciendo.*

*Luchando contra corriente, porque hacemos lo que nos corresponde, pero nos topamos con que la otra, la contraparte que debería apoyarnos no está cumpliendo, entonces nos frena o problemáticas relacionadas con la limpieza entonces es injerencia de la SNAI que la vivienda del privado de libertad esté de acuerdo a lo que reza en las normas de Mandela*

*Profesional de la salud, 1/2/2020*

Por otro lado, un mecanismo clave que vincula el encarcelamiento y la salud es la discriminación ya que podría ser un catalizador para un empeoramiento o mejoramiento de su estado de salud de acuerdo a las redes de apoyo construidas (Wildeman y Wang, 2017; Massoglia y Remster, 2019), Como lo exterioriza Novisky (2021) “la discriminación también puede conceptualizarse como un factor de riesgo de enfermedad y muerte íntimamente ligado al encarcelamiento” La discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA está asociada con el estigma basado en cómo contrajeron la enfermedad. Esta imagen sesgada a preferencias sexuales, en la mayoría de caso homosexuales hace que los grupos heterosexuales, ignoren las medidas preventivas<sup>38</sup> lo que limita el control de enfermedades a nivel mundial, nacional, parroquial y carcelario (Goffman, 2006; Campillay y Monárdez, 2019).

No obstante, el estigma en el modelo de atención juega un papel importante en la aceptación del diagnóstico y por ende en la adherencia al tratamiento. Las

---

<sup>38</sup> Las medidas preventivas se refieren al uso de preservativo, lubricantes y atenciones médicas regulares.

categorizaciones que la salud generalmente establece a las personas seropositivas como *pacientes de alto riesgo* pueden generar rechazo a su diagnóstico y/o tratamiento y como consecuencia el ocultamiento de su enfermedad a sus parejas sexuales. Es decir, *hablar de grupos de alto riesgo es vestir una nueva prenda de estigmatización* (Robles Aguirre y Granados Cosme, 2018) Lo que me hace preguntar ¿Cómo se maneja o cómo se vive la sexualidad en la cárcel? ¿Cómo está el conocimiento de la comunidad carcelaria sobre prevención de la enfermedad o cuál es su conocimiento sobre los mecanismos de barrera para evitar el contagio?

Las *prendas estigmatizadoras* indicadas anteriormente como dice Robles (2018) pueden ser catalizadoras a través de las entidades del gobierno al presentar datos numéricos como las estadísticas en salud o la epidemiología en la que sus categorías establecen y contabilizan el número de casos o la incidencia de una enfermedad dividido por grupos etarios, sexo, preferencias sexuales, entre otros. Al estar dentro del conjunto seropositivo esto podría desencadenar a la discriminación o auto segregación por ser parte de estas categorías que cuantifican, pero no se identifican con lo establecido por el sistema sanitario. Es por esa razón que, al sentirse encasillados, estigmatizados, con poco o nulo conocimiento de la enfermedad y sin demostrar interés de conocer a profundidad existen personas que se frustran al conocer su diagnóstico y muchas veces no desean seguir el tratamiento sin importarles las consecuencias para ellos y su comunidad carcelaria.

La existencia del VIH hace al sujeto replantearse su acción ante una sociedad -en cualquier contexto- y comienza a jugar formas de normatividad con el objetivo de no evidenciar su patología o agotamiento físico o psicológico -ya sea por el efecto de los medicamentos o por el proceso de asimilación de un diagnóstico-, pero al mismo tiempo le hace al sujeto capaz de *transformar*, con muchos obstáculos o sin obstáculos el imaginario social. Como en el caso de la cárcel en donde existen normas establecidas por los líderes de pabellones o caporales y relaciones sociales que se anidan y que podrían superponer el estado de salud frente a etiquetas que puedan apañar el respeto, el liderazgo, la sexualidad, entre otras. Conocer los tejidos sociales carcelarios entre guías penitenciarios, profesionales de la salud y



presos es necesario, pese a que sean aspectos individuales, pero devienen en construcciones sociales frente a la enfermedad, su adherencia y respuesta frente al tratamiento y relacionamiento con el contexto.

Pensar en un sistema de salud desde una mirada cultural, podría ayudar a conocer los múltiples comportamientos de una persona con alguna enfermedad. Por tal motivo, la antropología ayuda a estudiar la realidad de la interacción con las enfermedades desde los siguientes aspectos: a) aspectos biológicos de la enfermedad, b) cultura de la enfermedad y su experiencia, c) el nivel social de enfermedad o dolencia, y, d) la relación social que se inserta en el proceso de toda enfermedad de salud (Langdon & Wiik, 2010) y se necesita explorar otras propuestas. Estas deben considerar abandonar la mirada dicotómica y reduccionista que proporciona la estadística que a menudo se convierte en un método utilitarista para satisfacer a las instituciones (Silva, 1997). Por lo tanto, es necesario concentrar los esfuerzos de métodos combinados con visión pluralista que se enfoquen en analizar los procesos de salud, enfermedad y atención (Teddlie y Tashakkori, 2009; Menéndez, 2017; Mozo, 2019; Matsui, Hori, Yamada, y Kodama, 2020).

El cuidado de la salud es un sistema social complejo que involucra personas, procesos, infraestructura y redes de control. Se ha sugerido que las instituciones de salud asuman la responsabilidad social de sus acciones. Si la organización no tiene una estructura las personas que trabajan en ella tendrán dificultades para interactuar respetando la confidencialidad para evitar la divulgación de los diagnósticos. Por lo tanto, los valores institucionales buscan la mejor práctica, al momento de tomar decisiones que involucren a los pacientes. De esta forma, se puede determinar que las decisiones en salud sean más justas, adecuadas, prudentes y tengan mayor cohesión dentro de la organización carcelaria (Campillay y Monárdez, 2019) y con los usuarios de los servicios de salud.

## **Relación médico – paciente en lugares de conflicto, violencia e inseguridad**

La relación médico - paciente se puede definir como aspectos o destrezas del médico para transmitir información clara, concisa y en palabras entendibles sobre la enfermedad o patología a su paciente mediante estrategias de educación para la salud con la finalidad de responder todas las dudas y brindar información real y requerida por el paciente. Es importante nombrar que una adecuada comunicación ofrece mayor conocimiento y fortalece la relación con el médico y viceversa, por otro lado, mejoraría la comprensión sobre el efecto en la salud del tratamiento farmacológico o no farmacológico dependiendo de la patología (Compte-Pujol, Marca-Francés, Menéndez-Signorini, y Frigola-Reig, 2020).

En los procesos comunicativos los profesionales sanitarios muchas veces ejercen poder o autoridad lo que provoca una disminución de la participación del paciente en su tratamiento, lo que es una barrera para lograr los resultados que se esperan con el fin de evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Dentro de la cárcel se pudo observar que los profesionales diagnostican, refieren al paciente a infectología, entregan los medicamentos que le correspondan al paciente, brindan una asesoría inicial sobre su enfermedad y dan atención psicológica, pero los portadores de la enfermedad se encargan en recibir información, es decir son receptores de los expertos, en este caso los médicos y su participación se basa en el consumo del medicamento. Según lo establecido por Pujol (2020) existen ruidos que limitan una comunicación asertiva como: la alfabetización del paciente, la información que brinda el médico se concentra en el tratamiento, algunos profesionales no invitan a que expresen los pacientes sus dudas y consultas con una duración corta de tiempo.

Por su parte, Barbero (2006) enumera que la comunicación afectiva y efectiva en consulta basada en lo siguiente:

- Integradora: tomar en consideración la familia del paciente, el aspecto cultural, el aspecto social y sus particularidades.

- Dinámica: comunicativa, expresiva, sin prejuicios, participativa.
- Secuencial: continua y atenta proceso de cada paciente.
- Finalista: conseguir la adherencia al tratamiento, que se una relación colaborativa y adaptativa a situaciones favorables o desfavorables.

Las comunicaciones en el contexto de prestaciones de salud en Ecuador con los profesionales de salud están supeditados a tiempos de atención con un promedio de 20 minutos por persona que acude a su consulta, estas estrategias las ha implementado el MSP con el objetivo de dar seguimiento a la producción (número de personas atendidas por día) y para aumentar las coberturas. No obstante, en pacientes para atenciones específicas como control en una gestante por primera vez y por el número de formularios que llenan los sanitarios se demora 40 minutos el tiempo aproximadamente. Esto se evidencia como una gran limitante para que el profesional pueda tener una comunicación acertada y dinámica con los usuarios.

Si bien las barreras mencionadas anteriormente son cotidianas en centros de salud ubicados en diferentes cantones, parroquias o comunidades del Ecuador, la pregunta que sobresalta es ¿Cómo funcionan la atención médica en la cárcel?, en este caso específicamente ¿Cómo funciona la atención de salud en el Centro de Rehabilitación Social Turi? Roberta, profesional de salud me indica que la mayoría de sanitarios no quieren trabajar en el policlínico, por miedo y que los que trabajan en ese espacio es porque ganaron concursos de plazas de trabajo específicas de la cárcel y no pueden solicitar el cambio. Ella me indica que sabe cómo manejarse ahora con los presos, pero tienen agotamiento y eso no es visto por la parte administrativa, ya que deberían tener atención psicológica, aunque sea antes de ingresar su rotación en la cárcel y al salir (después de seis meses). Sin embargo, pese a las quejas y Quipux presentados se sienten que no son escuchado por eso les tocó adaptarse a muchos profesionales como “los médicos viejos son los que recetan todo a los PPL para que no molesten y al final los médicos se agotan. Los profesionales caen en la rutina y normalizan situaciones como que un paciente entre con 1 cuchillo en consulta para que les receten las pastillas que ellos quieren”

Las atenciones en salud en las cárceles están organizadas con una rotación de los profesionales, es decir cada seis meses ingresa un nuevo equipo de atención integral en salud denominados EAIS. Los médicos no tienen permitido el ingreso de ningún aparato electrónico, dinero, aretes, entre otras cosas. Esto quiere decir que el personal de salud se ajusta a todas las políticas y restricciones que implemente el centro penitenciario. Su horario de atención es de 08h00 a 17h00 y atienden de lunes a domingo. Con respecto a su proceso de atención los profesionales manifiestan que tratan de hacerlo como lo efectúan en los centros de salud. Sin embargo, todas las ocho horas o la jornada laboral los profesionales están en un constante estado de alerta ya que muchas veces se les pierden desde lápices o mucho peor se extravían insumos de atención que podrían ser utilizados como objetos cortopunzantes. En referencia al Modelo de Gestión para atención en la cárcel (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018a) menciona que los usuarios de los servicios de salud están acompañados de guías penitenciarios, no obstante, esto no suele cumplirse por lo que los profesionales muchas veces al sentirse vulnerables deciden parar la atención hasta contar con el personal de seguridad dentro del policlínico.

*Yo creo que en el policlínico es el tema de seguridad para los médicos que trabajan al interior, ese es un gran problema, allí el manejo de los policlínicos posee un sin número de instrumentos que son objetos cortopunzantes y que en un momento pueden servir de armas y que es un tema que dificulta al funcionario de salud.*

*Ex funcionario del Ministerio de Justicia, 8/4/2019*

La seguridad de los profesionales sanitarios muchas veces ha sido vulnerada ya sea por amenazas, presión o en algunos casos agresiones físicas y verbales. Una médica hace cinco años fue atacada físicamente por una presa, le aruño la cara por haberle visto mal según versión de la presa. La funcionaria actualmente no trabaja en el policlínico pidió cambio y trabaja en un Centro de Salud en la ciudad de Cuenca. Sin embargo, también varios presos defienden a los médicos o funcionarios del policlínico para no perder la atención o por miedo a que cierren

(como ocurrió en el amotinamiento en el cual destruyeron el policlínico) en el cual no se dio atención por dos semanas y se disminuyó el agendamiento en un 70% (diariamente se atendía a 50 presos más atenciones de emergencia). Por este motivo ¿Cómo se puede recomendar mejorar la calidad atención cuando muchas veces los profesionales se sienten inseguros? Esta pregunta no tiene respuesta porque las dinámicas carcelarias son cambiantes, a mayor violencia mayores barreras se generan al momento de brindar atención y por ende la calidad de atención no es acorde a los protocolos al adaptarse a la realidad de ese momento, lo que podría promover menor adherencia a los tratamientos prescritos. No obstante, se podría considerar a estas vivencias como fuentes de experiencia sobre cómo crear verdaderos espacios de respiro y cuidado dentro de los sistemas violentos (López, 2020).

La atención que los médicos brindan es adaptativa y partiendo desde allí se podría argumentar que los funcionarios tratan de brindar el servicio sin discriminación y prescriben los medicamentos que disponen en farmacia. Lo indicado por el administrador técnico del policlínico siempre al momento de la atención médica y odontológica tratan de no saber cuáles son los delitos de los pacientes para evitar que por alguna razón un profesional pueda juzgar y no atienda de una forma en lo posible imparcial. Además, manifiesta que brindan talleres educativos mensuales a los presos que desean acudir a estas charlas informativas. Pero en contraste a lo informado por el administrador del centro de salud pude evidenciar y constatar por conversaciones con los profesionales y mediante observación que saben cuáles son los delitos de la mayoría de los presos lo que podría generar discriminación al momento de la atención.

Por otro lado, y con respecto a los talleres educativos, se evidencia que son deficientes y el personal no cuenta con estrategias educomunicacionales para incentivar la participación de los presos en las actividades con la finalidad de que los asistentes puedan ser un agente replicador en sus pabellones y con esto disminuir los mitos sobre muchas enfermedades que circulan en las cárceles o llevar mensajes claves que promulguen estilos y prácticas de vida saludable.

## CONCLUSIONES

Según el enfoque de Galtung (2017), la prisión puede definirse como un escenario de violencia. Esto se hace de manera directa y visible, pero también estructural, sistemática e invisible. La prisión, como institución integrada, puede tener importantes consecuencias para la salud a nivel físico, social, psicológico y emocional. El encarcelamiento se presenta como un contexto de degradación al configurarse como una limitación mental, social y biológica. La distribución espacial, el hacinamiento o la falta de ventilación aumentan el riesgo de infección con enfermedades o parásitos transmitidos por el aire. Todo esto, además de la pobreza sensorial que provocan los muros y el aislamiento, puede acarrear otras importantes consecuencias físicas y sensoriales. Por no hablar de las modificaciones asociadas al cuerpo de ansiedad o problemas para acceder a la atención (Aguaded Gómez y Tirado Morueta, 2022).

El tratamiento antirretroviral ha demostrado una excelente eficacia llevando a muchas personas con VIH dejar de usar preservativos, sin embargo, en personas que no llevan un control y exámenes recurrentes presentaría un mayor riesgo en sus parejas sexuales. Por otro lado, en contextos penitenciarios la continuidad del medicamento, ocultar su diagnóstico para evitar maltratos físicos o verbales, el poco abastecimiento de condones genera una alerta. Si bien es cierto esta enfermedad es controlable con medicamentos, pero el acceso, la toma, el contexto podría generar ambigüedad, disminuir su adherencia y aumentar la transmisión del virus. La solución que manifiestan profesionales de salud es aumentar la entrega de preservativos y lubricante, a libre demanda como lo es en los Centros de Salud, pero la SNAI no permite la entrega a libre demanda porque encontraron que los presos empezaron a circular objetos no permitidos como drogas y armas blancas o partes de armas de fuego mediante el uso de preservativos al introducirse por la vagina y/o el ano, lo denominado payaso.

La perpetuación de los estigmas sobre la enfermedad del VIH esboza comunidades o sociedades que siguen tejiendo violencia y discriminación. Por esta razón es importante impulsar y establecer campañas de educación para la salud

con la finalidad de brindar información actualizada, real y relevante que busque mejorar el relacionamiento entre los compañeros de celda, en el pabellón e impulsar a la creación de grupos de apoyo (Cuadra Hernández, Baruch Damínguez, Infante, y Granados Cosme, 2015). Por otro lado, al tener información adecuada sobre una enfermedad podría mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar los tamizajes, cultura de prevención mediante el uso de lubricantes y preservativos en contextos penitenciarios y otros espacios (Calonje y Córdoba, 2018).

El rol de los profesionales de la salud está supeditados a la articulación interna con los diferentes grupos de poder que están dentro de los centros penitenciarios, desde los caporales o líderes de los pabellones para que todos los presos tengan una atención justa y basado en las necesidades reales por sus patologías, de la SNAI para garantizar que todos los nuevos ingresos aunque sea en provisional tenga una atención médica integral con la finalidad de diagnosticar patologías si es que existiera el caso de una forma oportuna para brindar el tratamiento adecuado, de los guías penitenciarios o policías que acompañan a los presos en algunas atenciones para brindar la confidencialidad requerida en los diagnósticos de los presos. Un trabajo articulador que se evidencie no solo en papeles, si no en acciones coordinadas en beneficio de la comunidad penitenciaria permitiría aumentar la participación de los talleres educativos o informativos que dan los profesionales de salud, generaría mayor conciencia sobre su enfermedad, tratamiento y formas de prevención y por último al se disminuiría las prendas estigmatizadoras a las personas que viven con VIH.

Los datos estadísticos sirven para tomar decisiones oportunas en el sistema de salud, pero si estos datos son alterados o presentados a medias lo único que hacen es deslegitimar las acciones médicas que cada profesional sanitario reporta (Silva, 1997). Tener una base de datos confiable es indispensable en el Ministerio de Salud de Ecuador, por muchos años se han probado varios programas, pero no han llegado a funcionar para conseguir una data confiable y que sea predictiva, en la actualidad se encuentra en uso el PRAS, pero varias veces se cuelga lo que limita el registro de todas las atenciones. La estadística es un punto de partida, pero la

toma de decisiones se toma con base en los números dejando a un lado los contextos y particularidades que dan matices a la realidad. No hay que olvidar que los datos son presentados de acuerdo a los objetivos e intereses de las personas que lo utilizan.

El constante sentimiento de vulnerabilidad de los profesionales de la salud por diferentes motines que se han realizado en las varias cárceles del país ha generado miedo. Lo que podría repercutir en la calidad de atención y pesquizaje de nuevos diagnósticos de cualquier enfermedad, y provocar una disminución de las actividades grupales de educación para la salud como talleres y charlas informativas. Es necesario que todos los profesionales que laboran en contextos penitenciarios tengan una capacitación y preparación adecuada para conocer distintos protocolos de atención, compartir experiencias de otros colegas, que no sean obligados a atender en los policlínicos y que tengan intervenciones con terapias psicológicas antes y después de sus rotaciones. Pensar que profesionales no están con unas señales de alertas constantes en estos espacios de conflicto, prejuicio podría generar repercusiones en la salud mental y/o agotamiento crónico.

Dentro de la cárcel una gran parte de funcionarios de los distintos estamentos gubernamentales conocen sobre el consumo y destino de los medicamentos, por esta razón para busca precautelar el estado de salud del preso y su entorno y se demostró que tener un diálogo directo, sin ocultar información y generar alertas preventivas son estrategias iniciales en las prisiones, por otro lado para mejor salud pública en la cárcel se necesita la participación activa de todos los actores para escuchar a los usuarios de los servicios y construir de forma participativa lineamientos técnicos acordes a la realidad (Gil Villa, 2019).

En el presente estudio se logró conocer la ruta del medicamento en la cárcel y los aspectos por los cuales las personas con VIH podrían consumir o no los fármacos y por ende tener adherencia o no al tratamiento. La adherencia es un término transitorio ya que el “cumplimiento” del tratamiento terapéutico está supeditado a otros factores sociales y decisiones individuales de cada paciente, por lo que los datos estadísticos y/o epidemiológicos muestran una parte de la historia



con un corte transversal, es por esta razón que para un abordaje integral de salud se necesita contextualizar las directrices gubernamentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Salas, A., León, T., & Ribadenera González, N. S. (2020). Sistema penitenciario y población penalizada durante la Revolución Ciudadana (2007-2017). *URVIO. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (27), 94–110. <https://doi.org/10.17141/URVIO.27.2020.4303>
- Aguaded Gómez, J. I., & Tirado Morueta, R. (2022). La cárcel como ubicación de desamparo. Analizando la salud autopercebida y los recursos de autoatención de las personas presas. *Perifèria. Revista d'investigació i Formació En Antropologia*, 27(1), 48–73. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.872>
- Asamblea Constituyente. *Constitución de la República del Ecuador.*, (2008).
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An. Sist. Sanit. Navar*, 29, 19–27.
- Benavides, A., Chuchuca, J., Klaic, D., Waters, W., Martín, M., & Romero-Sandoval, N. (2019). Depression and psychosis related to the absence of visitors and consumption of drugs in male prisoners in Ecuador: A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12888-019-2227-Z/TABLES/2>
- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de Las Ciencias Sociales (ReLMeCS)*, 9(1), e052–e052. <https://doi.org/10.24215/18537863E052>
- Bierie, D. M., & Mann, R. E. (2017). The history and future of prison psychology. *Psychology, Public Policy, and Law*, 23(4), 478–489. <https://doi.org/10.1037/law0000143>
- Blue, C., Buchbinder, M., Brown, M. E., Bradley-Bull, S., & Rosen, D. L. (2022). Access to HIV care in jails: Perspectives from people living with HIV in North Carolina. *PLOS ONE*, 17(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0262882>

Buchacz, K., Baker, R. K., Palella, F. J., Chmiel, J. S., Lichtenstein, K. A., Novak, R. M., ... Brooks, J. T. (2010). AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994-2007: A cohort study. *AIDS*, 24(10), 1549–1559. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32833a3967>

Buchbinder, M. H., Blue, C., Brown, M. E., Bradley-Bull, S., & Rosen, D. L. (2021). Jail-Based Data-to-Care to Improve Continuity of HIV Care: Perspectives and Experiences from Previously Incarcerated Individuals. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 37(9), 687–693. <https://doi.org/10.1089/AID.2020.0296>

Cabral Gontijo, D. (2012). Medicamentos y religión : sobredosis de poder(es) en el interior de las cárceles. *Revista de Ciencias Sociales*. Retrieved from <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1556>

Calonje, E. T., & Córdoba, D. N. (2018). Virus de inmunodeficiencia humana : un desafío en las cárceles en Colombia Human immunodeficiency virus : A challenge in prisons in Colombia. *Salud Del Bosque*, 5759, 49–61. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2493>

Campillay, M., & Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47, 94–107. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&tlng=es)

Cerón, A. (2019). Neocolonial epidemiology. *Medicine Anthropology Theory*, 6(1). <https://doi.org/10.17157/mat.6.1.647>

Cesano, J. D., & Núñez, J. (2016). Formando la urdimbre o los delgados hilos del tejido carcelario. *Revista de Historias de Las Prisiones*, 3(2451 6473), 7–9.

Compte-Pujol, M., Marca-Francès, G., Menéndez-Signorini, J., & Frigola-Reig, J. (2020). Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas.

¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente? *Revista Latina de Comunicación Social*, 2020(75), 207–223. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1423>

Cuadra Hernández, S. M., Baruch Damínguez, R., Infante, C., & Granados Cosme, J. A. (2015). “Dame una pastilla”: los significados del VIH / sida en la práctica del bareback en la ciudad de México e implicaciones para la prevención. *Salud Pública de México*, 57(0036–3634), 113–118.

Clinical info HIV. (2021, June 3). Adverse Effects of Antiretroviral Agents | NIH. Retrieved June 6, 2022, from <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/adverse-effects-antiretroviral-agents>

D’agostino, M., Marti, M., Mejía, F., De Cosio, G., & Faba, G. (2017). Revista Panamericana de Salud Publica. *Rev Panam Salud Publica*, 41, 1–6.

Davis, K. E., Kingsbury, B., & Merry, S. E. (2015). The Local-Global Life of Indicators. *The Quiet Power of Indicators*, 1–24. <https://doi.org/10.1007/9781139871532.001>

Derlega, V. J., Winstead, B. A., Gamble, K. A., Kelkar, K., & Khuanghlawn, P. (2010). Inmates with HIV, stigma, and disclosure decision-making. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 258–268. <https://doi.org/10.1177/1359105309348806>

Ekstrand, M. L., Heylen, E., Mazur, A., Steward, W. T., Carpenter, C., Yadav, K., ... Nyamathi, A. (2018). The Role of HIV Stigma in ART Adherence and Quality of Life Among Rural Women Living with HIV in India. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3859–3868. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2157-7>

Elena, M., Orozco, A. R. L., Pinto, E., Amira Herdoiza, R., Vargas, F., & Nieto, J. L. (2018). *ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN A POBLACION CLAVE, EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE 9 CIUDADES DEL ECUADOR* PERSONAL DE SALUD. Retrieved from <https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/kimirina/E>

&D\_CLAVE\_SS.pdf

Feixa, C. (2016). *Antropología Criminal Delincuentes y Marginados* (Primera). Retrieved from <http://www.editorialuoc.com>

Ferry, T., Raffi, F., Collin-Filleul, F., Dupon, M., Dellamonica, P., Waldner, A., ... Sobel, A. (2009). Uncontrolled viral replication as a risk factor for non-AIDS severe clinical events in HIV-infected patients on long-term antiretroviral therapy: APROCO/COPILOTE (ANRS CO8) cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(4), 407–415. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181acb65f>

Flick, U. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research: triangulation* (SAGE, 5ta Edi, pp. 1 –1671).

Franco-Giraldo, Á. (2016). Opinión y análisis / Opinion and analysis. *Rev Panam Salud Pública*, 39(2), 128–136.

Gil Villa, F. (2019, June). La función social punitiva en Iberoamérica. Circunstancias globales y locales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, URVIO*, 24, 10–25. Retrieved from <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/issue/view/171/210>

Goffman, E. (2006). *Estima la identidad deteriorada* (10ma ed.; Amorritu, Ed.). Retrieved from <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Guber, R. (2011). *LA ETNOGRAFÍA MÉTODO, CAMPO Y REFLEXIVIDAD* Rosana Guber. Barcelona: Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A.

Günthard, H. F., Saag, M. S., Benson, C. A., Del Rio, C., Eron, J. J., Gallant, J. E., Volberding, P. A. (2016). Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in Adults: 2016 recommendations of the international antiviral society-USA Panel. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(2), 191–210. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8900>

- Han, B.-C. (2021). *Psicopolítica* (H. Editorial (ed.)).
- Hashmi, A. H., Bennett, A. M., Tajuddin, N. N., Hester, R. J., Glenn, J. E., & Hashmi, A. H. (2020). Qualitative exploration of the medical learner's journey into correctional health care at an academic medical center and its implications for medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 1–23. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-09997-4>
- Hatch, A. R. (2019). *Silent cells: the secret drugging of captive America* (University of Minnesota Press (ed.); 1st ed., Vol. 1).
- Hernández Sampieri, Roberto Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.; McGRAW-HILL, Ed.). México D.F.
- Janes, C. R. (2020). A reflection on medical anthropology and epidemiology. *Medicine Anthropology Theory*, 4(2), 50–59. <https://doi.org/10.17157/mat.4.2.501>
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 177–185. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf)
- López, A. M. (2020). Necropolitics in the “Compassionate” City: Care/Brutality in San Francisco. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 39(8), 751–764. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1753046>
- Lombó Fragueiro, C. (2021). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research* 4 (1), 23-38. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.606.
- Massoglia, M., & Remster, B. (2019). Linkages Between Incarceration and Health. *Public Health Reports*, 134(1\_suppl), 8S-14S. <https://doi.org/10.1177/0033354919826563>

- Matsui, H., Hori, K., Yamada, E., & Kodama, K. (2020). Visualization and Punctuation of Psychological Counseling by Qualitative and Quantitative Methods. *Psychology*, 11(05), 796–821. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.115053>
- Menéndez, E. L. (2009). *ESTRUCTURAS. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (Colección; Lugar Editorial, Ed.). Buenos Aires.
- Menéndez, E. L. (2017). Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1548>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/Sida*. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-AT.ADULTOS-VIH.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Documento de socialización del modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado*. Ecuador: Editogran-Medios Públicos EP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018a). *Atención de salud en contextos de privación de libertad*. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018b). *Modelo de atención de salud en contextos de privación de libertad* (pp. 1–138). pp. 1–138. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *BOLETÍN ANUAL VIH/SIDA Y EXPUESTOS PERINATALES AÑO 2019*. Retrieved from [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
- Mozo, C. (2019). Aportaciones y potencialidades de la Antropología de la Salud. *Revista Andaluza de Antropología*, 5(5), 1–11. <https://doi.org/10.12795/raa.2013.i05.01>

- Muessig, K. E., Rosen, D. L., Farel, C. E., White, B. L., Filene, E. J., & Wohl, D. A. (2016). "Inside These Fences Is Our Own Little World": Prison-Based HIV Testing and HIV-Related Stigma Among Incarcerated Men and Women. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 28(2), 103–116. <https://doi.org/10.1521/AEAP.2016.28.2.103>
- Novisky, M. A., Nowotny, K. M., Jackson, D. B., Testa, A., & Vaughn, M. G. (2021). Incarceration as a Fundamental Social Cause of Health Inequalities: Jails, Prisons and Vulnerability to COVID-19. *The British Journal of Criminology*. <https://doi.org/10.1093/bjc/azab023>
- Núñez, J., Suárez, M., Flores, M., Carpio, S., & Gutierrez, P. (2021). *Diagnóstico del Sistema Penitenciario del Ecuador*. Retrieved from [https://www.ethnodata.org/media/filer\\_public/6b/b1/6bb1b51c-e435-4edd-9508-848bfac91e91/diagnostico\\_sistema\\_penitenciario\\_ecuador\\_kaleidos\\_2021.pdf](https://www.ethnodata.org/media/filer_public/6b/b1/6bb1b51c-e435-4edd-9508-848bfac91e91/diagnostico_sistema_penitenciario_ecuador_kaleidos_2021.pdf)
- Núñez Vega, J. (2006a). *Cacería de brujos* (1era ed.; Abya - Yala, Ed.). Quito.
- Núñez Vega, J. (2006b). *La crisis del sistema penitenciario en Ecuador*. Retrieved from <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/2356/04.+La+crisis+del+sistema+penitenciario+en+el+Ecuador.+Jorge+Núñez.pdf;jsessionid=9C93576101EDC5C00BC6FF3CE2DC0074?sequence=1>
- OMS. (2020). Organización Mundial de la Salud. Retrieved March 11, 2021, from VIH/sida website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONUSIDA. (2020). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA. Retrieved March 11, 2021, from [https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/UNAIDS\\_FactSheet](https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/UNAIDS_FactSheet)
- ONUSIDA. (2022). El sida en cifras. Retrieved April 16, 2022, from <https://www.unaids.org/es>



- Ortiz, M., & Borjas, B. (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular Participative Action Research: The Contribution of Fals Borda to Popular Education. *Espacio Abierto*, 17(4), 615–627.
- Ordoñez-Vargas, L., y Cortés-García, C. M. (2020). Medicalización psiquiátrica en tres prisiones femeninas brasileras: un abordaje etnográfico sobre los itinerarios de criminalización, patologización y farmacologización. *Salud Colectiva*, 16, e2507. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2507>
- Patel, P., Rose, C. E., Collins, P. Y., Nuche-Berenguer, B., Sahasrabudde, V. V., Peprah, E., ... Levitt, N. S. (2018, July 1). Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*, Vol. 32, pp. S5–S20. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001888>
- Persson, A., Newman, C. E., & De Wit, J. (2020). *On the Margins of Pharmaceutical Citizenship: Not Taking HIV Medication in the “Treatment Revolution” Era Looking after yourself: The cultural politics of health magazine reader letters View project PrEP in Practice: Clinician Perspectives on Prescribing PrEP View project*. <https://doi.org/10.1111/maq.12274>
- Robles Aguirre, B. A., & Granados Cosme, J. A. (2018). *IN – CORPORACIÓN DEL VIH: NUEVE CARTOGRAFÍAS* (Primera; D. P. Orea Coria, E. Jarillo Soto, E. Sánchez Mendoza, J. A. Arévalo Ramírez, & J. A. Granados Cosme, Eds.). Mexico.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39–49.
- Shaw, S., Modi, R., Mugavero, M., Golin, C., Quinlivan, E. B., Smith, L. R., Amico, K. R. (2019). HIV Standard of Care for ART Adherence and Retention in Care Among HIV Medical Care Providers Across Four CNICS Clinics in the US. *AIDS and Behavior*, 23(4), 947–956. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2320-1>

Silva, L. C. (1997). *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica* (Primera; J. Bravo, Ed.). Madrid: Editorial Díaz de Santos S.A.

SNAI. (2020). *Reglamento del sistema nacional de rehabilitación social*. Retrieved from [https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Reglamento-del-Sistema-de-Rehabilitación-Social-SNAI-2020\\_compressed.pdf](https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Reglamento-del-Sistema-de-Rehabilitación-Social-SNAI-2020_compressed.pdf)

Sullivan, M. C., Rosen, A. O., Allen, A., Benbella, D., Camacho, G., Cortopassi, A. C., Kalichman, S. C. (2020, February 1). Falling Short of the First 90: HIV Stigma and HIV Testing Research in the 90–90–90 Era. *AIDS and Behavior*, Vol. 24, pp. 357–362. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02771-7>

Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *FOUNDATIONS OF MIXED METHODS RESEARCH* (V. Knight, Ed.). SAGE.

Villacís, B. (2021). Statistical expertise in the Ecuadorian public administration: Emergence and legitimation mechanisms. *Iconos*, (71), 81–102. <https://doi.org/10.17141/ICONOS.71.2021.4841>

WHO. (2010). Technical Brief on HIV Viral Load Technologies. Retrieved March 15, 2021, from [https://www.who.int/hiv/topics/treatment/tech\\_brief\\_20100601\\_en.pdf](https://www.who.int/hiv/topics/treatment/tech_brief_20100601_en.pdf)

Wildeman, C., & Wang, E. A. (2017, April 8). Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. *The Lancet*, Vol. 389, pp. 1464–1474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30259-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30259-3)

## ABREVIATURAS

**ARV:** Antirretroviral

**CD4:** Los linfocitos CD4, también conocidos como linfocitos T4, son glóbulos blancos que combaten infecciones

**CRS:** Centro de rehabilitación social

**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**PPL:** Personas privadas de la libertad

**SNAI:** Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores.

**SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia adquirida