

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

“La Cárcel sin Comunicación”

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRO EN COMUNICACIÓN

Presenta

MARCO ANTONIO PALET SÁNCHEZ

Director: Dr. Luis Miguel Martínez Cervantes

Lectores: Dr. Manuel Alejandro Guerrero Martínez

Mtro. Erick Fernández Saldaña

Ciudad de México, 2019

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO I - EL PROBLEMA DEL VIH/SIDA EN LAS CÁRCELES DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU IMPACTO EN LA SALUD	
PÚBLICA	3
1.1 <i>Perspectiva estadística del problema de VIH/SIDA en los Centros Penitenciarios</i>	6
1.2 <i>El Problema de Comunicación en los Centros Penitenciarios</i>	11
1.3 <i>La Comunicación e Información entre los Internos de los Centros Penitenciarios</i>	12
CAPÍTULO II - IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN DEL VIH/SIDA EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO	15
2.1 <i>El paradigma de la Investigación-Acción</i>	16
2.2 <i>La Comunicación del VIH/Sida en el Contexto de los Centros Penitenciarios en la Ciudad de México</i>	18
2.3 <i>Oportunidades para la Comunicación Aplicada</i>	21
2.4 <i>Problemas de Comunicación Observados en el Contexto de la Investigación</i>	24
2.5 <i>Análisis de los Problemas de Comunicación Observados</i>	28
CAPÍTULO III - ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN E INTERVENCIÓN	31
3.1 <i>La Acción</i>	31
3.2 <i>Diseño de la Intervención</i>	32
3.4 <i>Discusión sobre la Estrategia Propuesta</i>	37
CAPÍTULO IV - EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	40
4.1 <i>Motivación y Etapas de la Investigación</i>	40
4.2 <i>Evaluación de la Estrategia Implementada</i>	42
CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.2 <i>Diseño y producción de mensajes sobre VIH-Sida</i>	48
REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA	53

APÉNDICE 1 - CAMPAÑA “PONTE A PRUEBA PORQUE EL RETO ES TU SALUD”	56
APENDICE 2 - ENTREVISTAS	76
<i>A2.1 Relevancia</i>	76
<i>A2.2 Justificación</i>	77
<i>A2.3 Contexto y aportes</i>	77
<i>A2.5 Entrevista con el Doctor Florentino Badial, Director Médico de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa Doctor Jaime Sepúlveda Amor</i>	90
<i>A2.6 Aportaciones y Mensajes</i>	104

Capítulo I - El Problema del VIH/SIDA en las Cárceles de la Ciudad De México y su Impacto en la Salud Pública

Los centros penitenciarios son lugares donde se ha observado alta incidencia, alto riesgo y pocos elementos para el combate a la infección de VIH/SIDA. En la investigación realizada y que se reporta se podrá constatar lo que varios expertos en el tema de prevención del VIH/SIDA en México, constantemente, han resaltado. Destaca la opinión de la Dra. Andrea González, Directora Ejecutiva del Centro para la Prevención y Atención del VIH/SIDA de la Ciudad de México, para tener un primer panorama del problema objeto de esta investigación y que sistematiza mi trabajo realizado en el área de la comunicación para la salud pública entre los años 2008 a 2017. En una entrevista realizada a la Dra. González, indicó que, “los centros penitenciarios son lugares en los que se concentran las poblaciones que están más expuestas a factores de riesgo y que son más vulnerables a condiciones de salud que el resto de la población general. Esto se debe a su situación de vida previa y a la pérdida de la libertad; es decir pobreza, falta o muy poco acceso a servicios de salud, uso de sustancias, alcoholismo, trastornos psiquiátricos, desnutrición, falta de acceso a información, bajos niveles de escolaridad, además de contextos de violencia, discriminación y marginación social.” (González, 2015). De esta forma, podemos identificar diversos factores que dan origen a la problemática del VIH/SIDA en los centros penitenciarios. También podemos identificar la complejidad del

estudio de esta condición en un contexto como el de los centros penitenciarios y finalmente, identificamos la importancia de los procesos de comunicación en la prevención, mitigación, y atención a este problema de salud pública.

El problema del VIH/SIDA en los centros penitenciarios y su impacto en la salud pública, se relaciona directamente con carencias estructurales en los centros penitenciarios. Además no son espacios aislados del exterior, ya que existe una gran cantidad de personas que están en contacto directo y permanente con la población de internos; técnicos penitenciarios, custodios, personal médico, de enfermería, administrativo, además de familiares y amigos que les visitan. La complejidad de las problemáticas al interior de los centros penitenciarios se multiplica por muy distintas razones, una de ellas en particular es la falta de información disponible sobre las infecciones de transmisión sexual, específicamente sobre el VIH/SIDA, a las que estas poblaciones están más expuestas. González et al. (2013) indican que, “esto es especialmente cierto en el caso del VIH/SIDA, pues las poblaciones más afectadas por la epidemia en México están sobrerrepresentadas en las cárceles. A esto se suelen sumar otras condiciones que por sí mismas constituyen no sólo un caldo de cultivo para muchos problemas de salud sino hasta una violación a los derechos humanos fundamentales. –la población penitenciaria pasó de 22 mil personas internas en 2000 a 42 mil en 2012–. Debido a estas condiciones algunas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en las cárceles que en la población general: tuberculosis, infección por virus de hepatitis C (VHC), sífilis y VIH/SIDA, entre otras.”

El problema del VIH/SIDA en los centros penitenciarios en México, se ha estado atendiendo desde 1998. Sin embargo, no fue hasta diciembre de 2008 se inició un proyecto de investigación en el que participaron: la Secretaría de Salud del D.F., la Subsecretaría de Sistema Penitenciario y el Instituto Nacional de Salud Pública, y del cual surgió un programa de atención a esta población, mismo que continúa vigente y ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA que están privadas de su libertad. De esta forma, González et al. (2013) indican que, “desde 1998 el Sistema Penitenciario del Distrito Federal concentró a los internos varones con VIH/SIDA en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla con el fin de otorgarles tratamiento antirretroviral (TAR), incluso antes de que hubiera acceso universal en el país. A principios de 2009, cuando se inició el proyecto, había cerca de 40 mil hombres y mujeres; 38 mil y dos mil respectivamente, en números redondos– en ocho centros varoniles y dos femeniles de la ciudad de México. Aquellos a quienes se había detectado que vivían con VIH/SIDA –80 hombres y tres mujeres– carecían de un servicio especializado de atención médica al interior de los reclusorios y eran trasladados al servicio de consulta de la Clínica Condesa, pero sin un sistema eficaz de monitoreo del tratamiento ni de administración de los medicamentos.”

La Clínica Especializada Condesa es un proyecto que abrió sus puertas en el año 2000 para contribuir a los servicios de salud para población con riesgo de infección de VIH/SIDA La Secretaría de Salud Federal ofrece servicios de prevención y atención en

las clínicas Condesa, pero también están el IMSS, el ISSSTE y los Institutos Nacionales de Salud. En el caso de la Secretaría de Salud los medicamentos son ofrecidos a través de un programa de acceso gratuito de retrovirales que se puso en marcha desde el 2003 (Unicable, 2017).

1.1 Perspectiva estadística del problema de VIH/SIDA en los Centros Penitenciarios

Existe información disponible proporcionada por las instituciones de salud responsables de la atención del padecimiento, además de informes especiales realizados por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) y la Comisión Iberoamericana de Derechos Humanos (CIDH). En tales informes se expone detalladamente las omisiones, tanto estructurales, como de falta de servicios que reciben o no la población interna, también documenta el trato que estos reciben, el estigma y discriminación a las que están expuestos por parte del personal que les atiende y del resto de la población penitenciaria. De acuerdo con la información de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario de la Ciudad de México¹, existen aproximadamente 27,000 personas en reclusión, distribuidos en ocho centros varoniles: Reclusorio Norte, Sur y Oriente, Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, CEVARESO, CEVAREPSI, Anexo Norte y Oriente y los dos femeniles: Santa Martha Acatitla y Tepepan (Subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2018). En el Informe especial sobre la situación de los centros de

¹ n.b. antes del Distrito Federal

reclusión en el Distrito Federal (CDHDF, 2005), se destacan y exponen las condiciones en las que estos se encuentran, “las instalaciones carcelarias en la Ciudad de México son edificios diseñados y construidos de acuerdo con una percepción de la sanción privativa de la libertad como un tratamiento de rehabilitación de la población internada. Son construcciones posteriores al año 1957 y orientadas a atender los requerimientos de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, emitidas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y reconocidas por el gobierno mexicano el 31 de julio de 1975. A excepción de los dos centros de reclusión construidos en los años recientes, las instalaciones penitenciarias fueron edificadas y administradas por el gobierno federal hasta que fue establecido un gobierno local en el año de 1997, cuando pasaron a ser responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal.” Por otra parte, el Informe Especial sobre la Protección del Derecho a la Salud de las Personas que viven con VIH/SIDA elaborado por el Gobierno del Distrito Federal en 2008, presenta diversas recomendaciones para la atención de la población que vive con VIH/SIDA entre las que destacan: instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, la propia declaración Universal de los Derechos Humanos, así como declaraciones, acuerdos y otros compromisos internacionales firmados como país miembro de la ONU y la OMS. En adición, “México también suscribió la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA(2001), conocida como Declaración de UNGASS, en que los países miembros de las Naciones Unidas establecieron más de 50 compromisos y metas para enfrentar la pandemia en el plano nacional, regional y mundial. A nivel nacional, los compromisos son los siguientes:

Asegurar, para 2003, el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA que se refieran a la epidemia directamente; y hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/SIDA las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes; se financien en la medida de lo posible con cargo a los presupuestos nacionales sin exclusión de otras fuentes, la cooperación internacional entre ellas; promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental; incorporen la perspectiva de género; y tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción de los efectos de la epidemia; y aumenten la capacidad de los sistemas de salud, educacional y jurídico. Incorporar, para el mismo año, las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial.” (Ruiz, 2017)

A pesar de que México ha ratificado varios acuerdos internacionales en materia de trato de personas privadas de la libertad, las recomendaciones de las mismas no han sido implementadas en su totalidad dando a lugar espacios que no logran cumplir con la misión de rehabilitación en un espacio digno y de respeto a los derechos humanos. Actualmente se cuenta con un Programa de detección y atención de VIH/SIDA en centros penitenciarios de la Ciudad de México cuyo nombre es Ponte a Prueba (Clínica Especializada Condesa, 2011). Es un programa que inició en febrero de 2009 y en el que participaron: las Secretarías de Gobierno y Salud del D.F., el Instituto Nacional de Salud Pública y el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México que se ubica en las instalaciones de la Clínica Especializada Condesa que, en el marco de sus atribuciones, ha implementado la atención y servicios a las personas que viven con VIH/SIDA y que están privadas de la libertad. Tanto el programa como la clínica, desarrollan su actividad en el marco de algunas convenciones internacionales y en colaboración con otras instituciones locales.

De acuerdo con la información proporcionada (LESPRS, 2012) por la Subdirección de Atención a Poblaciones Clave, del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, las siguientes son algunas de las líneas justificativas del trabajo que llevan a cabo en los centros penitenciarios: a) La buena salud en las prisiones ayuda al buen manejo penitenciario, y a proteger y promover la salud de los internos, que beneficia no sólo a ellos, sino también incrementa la salud ocupacional y seguridad del personal, que permite mejorar condiciones de hacinamiento, dieta y actividad física, y que por lo tanto ayuda a reducir tensiones y violencia, y que incrementa la capacidad del personal de

dirigir la institución de una manera más efectiva y segura. b) Mejorar la salud de los internos y las condiciones de las prisiones puede contribuir a reducir estrés de personal y a aumentar satisfacción laboral al reducir cansancio, hartazgo y la rotación de personal, fomentar el respeto a los Derechos Humanos y a leyes y acuerdos internacionales. La piedra angular del Programa “Ponte a Prueba” reside en el hecho de que, aunque el castigo es la pérdida de libertad, no afecta a otros derechos fundamentales como el derecho a la salud, por lo que aplicaría el principio de equivalencia² que es el derecho a un estándar de atención equivalente al que se podría recibir fuera de la cárcel.

Con base en lo expuesto, la atención médica especializada se lleva a cabo al interior de las instalaciones, de acuerdo a las guías nacionales e internacionales de atención al VIH; el monitoreo se realiza a través del conteo de células CD4, carga viral y exámenes de laboratorio básico cada 4 a 6 meses además de la detección y atención de infecciones oportunistas y otros eventos relacionados con la infección por VIH/SIDA y la referencia a hospitales externos cuando el caso lo amerite. Aun cuando el servicio de detección, atención y monitoreo que se realiza en los centros penitenciarios incluye los servicios antes mencionados, las condiciones de hacinamiento, la discriminación asociada a vivir con VIH/SIDA sumado a las condiciones estructurales prevalentes en la mayoría de sus instalaciones, no permiten una plena aplicación de las normas, acuerdos y compromisos internacionales de manera óptima.

² i.e. cfr. Labastida, en Sobre la Naturaleza Jurídica del Derecho Informático, Biblioteca Jurídica Online en <https://www.eldial.com>

1.2 El Problema de Comunicación en los Centros Penitenciarios

Después de la revisión de los diversos informes en materia de atención, derechos humanos, además de las acciones de detección, atención, prevención y monitoreo de parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, de diversos testimonios de los equipos operativos que realizan dichas actividades y de la propia observación en campo, se ha obtenido la ubicación del problema de comunicación en los centros penitenciarios y he observado y registrado que ninguna de las recomendaciones tanto en los reportes especiales, como en las acciones de las instancias sanitarias responsables de la atención, abordan específicamente el tema de la comunicación, tampoco han puesto en marcha un mecanismo permanente de comunicación e información sobre las infecciones de transmisión sexual y en específico sobre el VIH/SIDA dentro los centros penitenciarios de la Ciudad de México.

Aunque existen esfuerzos institucionales, para la prevención y atención relacionada con el VIH/SIDA que se realizan de forma permanente, estos centran sus esfuerzos en la atención a los pacientes bajo tratamiento y las condiciones antes descritas al interior de los centros penitenciarios, no permiten ni facilitan la incorporación de un mecanismo eficaz de comunicación e información sobre salud sexual, específicamente sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente del VIH/SIDA, que

permita que la población interna y de trabajadores al interior de los mismos, tenga acceso a dicha información y pueda solicitar servicios.

De esta forma, el flujo de información en los centros penitenciarios es equivalente a lo que sucede en el exterior; es decir se promueven los mismos mitos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA, lo que refuerza estereotipos, el estigma y la discriminación asociados, que aunado al entorno carcelario complejiza el acceso a información científica, actualizada, libre de prejuicios y validada por las fuentes que deberían proporcionar. Este trabajo de investigación busca aportar algunas mejoras para que el proceso de comunicación coadyuve a la atención de este problema de salud pública.

1.3 La Comunicación e Información entre los Internos de los Centros Penitenciarios

La mayoría de la población de internos llegan con poca o nula información sobre las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) en general y sobre el VIH/SIDA en particular, sumado a esto el flujo de comunicación-información entre la población de internos, sobre las ITS y el VIH/SIDA es irregular, poco preciso y está cargado de mitos y prejuicios, sin embargo la comunicación que -eventualmente reciben- por parte de las organizaciones de la sociedad civil y de la propia Clínica Especializada Condesa, no tiene carácter permanente, sumado a la rotación constante del personal que ahí trabaja, el problema de comunicación se puede centrar en la frecuencia y permanencia de la difusión de la información.

Otros elementos que son una constante al interior de los centros penitenciarios, es que tanto la población de internos, como la mayoría de custodios presentan bajo nivel educativo y marginación. Lo cual limita el tipo y cantidad de información que pueden recibir y transformar en conocimiento sensible sobre este problema de salud. Además, es importante recordar que las cárceles no son espacios aislados, en ellos hay una sobre representación de grupos altamente vulnerables de la sociedad, especialmente de la de escasos recursos de situación de calle y de consumo de sustancias; por lo que internamente se refuerzan los mismos mitos sobre las ITS y el VIH/SIDA que prevalecen en el exterior del centro penitenciario. En general los internos, son personas que no se acercan a los servicios de salud, ya que tampoco lo hacían antes de estar en reclusión por lo que la comunicación e información para acercarlos a los servicios de salud son claves. Estos factores contribuyen significativamente a que la información no llegue de forma permanente a los internos por las siguientes causas: Falta de disponibilidad de la información, flujo informativo de buena calidad pero intermitente, inexistencia de un programa de comunicación permanente, falta de la infraestructura para la difusión de material audiovisual.

Sumado a lo anterior, el Sistema Penitenciario en la Ciudad de México, no cuenta ni con la infraestructura física ni tecnológica suficiente, ni el presupuesto para la difusión de la información en salud, aun cuando se cuenta con materiales audiovisuales diseñados

especialmente para estas poblaciones, su difusión no ha sido posible, y cuando algunos esfuerzos lo han logrado, ésta divulgación no es constante.

En resumen, el panorama existente en los centros penitenciarios y la epidemia de VIH/SIDA entre la población de estas instituciones sociales, así como las observaciones realizadas y la investigación documental me permiten elaborar una hipótesis de trabajo, la cual es que las prácticas de comunicación y difusión al interior de los centros penitenciarios, no son efectivas ya que carecen de recursos para su difusión, y resultan en una asimetría de la información con la que la población interna llega a estos centros. En el siguiente Capítulo, profundizaremos en el problema de comunicación y la metodología de investigación utilizada.

Capítulo II - Identificación de los Problemas de Comunicación del VIH/SIDA En los Centros Penitenciarios en la Ciudad de México

En este Capítulo se analizan los esfuerzos de comunicación sobre el problema de salud pública del VIH/Sida en el Contexto de los centros penitenciarios en la Ciudad de México. Se utilizó la Investigación-Acción como herramienta metodológica como paradigma de investigación apropiado por el enfoque práctico que la hace idónea para el objeto de estudio. Enseguida se revisarán las acciones realizadas en materia de comunicación para el Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH / Sida de la Ciudad de México, en los Centros Penitenciarios del Distrito Federal desde 2009, con la participación de las Secretarías de Gobierno y Salud del D.F., la Clínica Especializada Condesa y los Institutos Nacionales de Salud. En este Capítulo, elaboro una crítica a las estrategias de comunicación utilizadas para comunicar los mensajes que se llevaron a estas poblaciones.

2.1 El paradigma de la Investigación-Acción

Investigación acción es una herramienta metodológica idónea (Martí, 2017), ya que uno de sus propósitos fundamentales es que no se dirige tanto a la creación de conocimiento, como a la función de generar cuestionamientos sobre las prácticas sociales y los valores que las conforman con la finalidad de hacerlos visibles y explícitos. Así esta metodología es un valioso instrumento para reconstruir los discursos y las prácticas sociales en contextos como los de este estudio de caso. “Los resultados y percepciones ganados desde la investigación no sólo tienen importancia teórica para el avance del conocimiento en el campo social, sino que ante todo conducen a mejoras prácticas durante y después del proceso de investigación.” (Beltrán, 2003)

Esta metodología es la que mejor se adapta para atender esta problemática de comunicación, ya que permite realizar una acción planeada, en un contexto específico, reflexionar sobre la misma y contar con elementos para repetir el ciclo e incidir en la realidad para cambiarla, generando entre otros beneficios, políticas públicas en salud para estas poblaciones como parte integral de la intervención sanitaria.

Uno de los elementos distintivos de la Investigación-Acción es integrar la acción en el abordaje metodológico de investigación formal, así se enfoca primeramente en el diseño de un plan de acción que permita lograr un cambio o mejora de lo que está ocurriendo, en este caso la falta de información y lo que se combate para lograr la acción

de brindar información científica, clara y directa por medio de una campaña que ayude a cambiar esa realidad específica y en todo caso mejorarla.

La metodología de la investigación acción utilizada para este estudio de caso funciona apropiadamente para facilitar el acercamiento a un campo de conocimiento en el cual no existen referentes teóricos desarrollados en cuanto a estrategias de comunicación para difundir mensajes sobre el VIH-Sida en centros penitenciarios, lo que permite llevar a cabo una intervención específica, así como el acercamiento para modificar una situación determinada por medio de la observación, acción y reflexión en el trabajo de campo.

El acercamiento al estudio de la comunicación del VIH-Sida en las cárceles nos lleva a comprender, no sólo el contexto en el que viven las personas privadas de su libertad; en un ambiente hostil, en condiciones insalubres, de hacinamiento, desconocimiento de sus derechos y enfrentados a retos constantes (CNDHDF,2006), por lo que se hace necesario también visibilizar esa realidad y generar nuevos paradigmas.

Al investigar sobre la realidad de los centros penitenciarios y conocer más sobre la intervención sanitaria que realizarían la Clínica Especializada Condesa y el INSP, para aplicar un conjunto de pruebas de salud a los internos, me percaté del gran desconocimiento que estos internos tenían sobre su derecho a la salud, del consentimiento informado, del VIH-Sida y sobre los demás padecimientos que se medirían en el estudio,

era muy grande y complejo y no existían iniciativas previas, ni recursos para comunicar estos temas, lo que prevalecía era la desinformación y los efectos negativos de la misma. La reflexión me llevó entender que por medio de una estrategia de comunicación -en este caso una campaña que fuera adecuada y de ayuda a las necesidades de la intervención sanitaria- se podrían resolver algunos problemas de desinformación sobre temas puntuales e incidir con un cambio de la realidad en campo y así apoyar la intervención que mediría la prevalencia de VIH y de los demás padecimientos, entre otros efectos de beneficio para las poblaciones meta.

2.2 La Comunicación del VIH/Sida en el Contexto de los Centros Penitenciarios en la Ciudad de México.

Como evidencia de los problemas de comunicación en torno al VIH-Sida que existen en los centros penitenciarios, se incluye una crítica centrándose en la comunicación, o la falta de ésta, en las distintas estrategias implementadas a lo largo del programa, con el objetivo de precisar los puntos para mejorar la comunicación y el mensaje con vistas al desarrollo de nuevas y mejores estrategias de comunicación. El artículo Salud Pública, VIH/sida y derechos humanos en los centros de reclusión, fue publicado en el mes de agosto de 2013 por autoridades del Programa de VIH/Sida de la

Ciudad de México en la revista *Dfensor*³, de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF),

En las conclusiones del citado artículo se aborda de manera puntual el campo de actuación del programa desde una perspectiva basada en el respeto a los derechos humanos y la salud pública, con la finalidad de atender a una población privada de su libertad que vive en un ambiente de mayor vulnerabilidad.

Si bien es cierto que los reclusorios son espacios idóneos para detectar, atender y dar tratamiento a poblaciones mayormente expuestas a factores de riesgo, el desarrollo e implementación de este programa requirió una participación interinstitucional y multidisciplinaria dado que las poblaciones penitenciarias, lejos de lo que comúnmente se piensa, no están tan aisladas de la sociedad pues mantienen un fuerte vínculo con el exterior en tanto reciben visitas y entran en contacto con el personal técnico penitenciario que ahí trabaja, pero que vive fuera de las cárceles.

Los autores citados, mencionan como un éxito las intervenciones para la realización de las baterías de pruebas aplicadas en los distintos centros penitenciarios, así como la utilización del método de consentimiento informado “*opt-out*” para la aceptación

³ *Dfensor*, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal N. 8 Agosto 2013

“*Opt-out*” Estrategia utilizada en salud donde en lugar de darle la opción de aceptar un procedimiento o servicio se le da la opción de aceptarlo o rechazarlo, incrementando la probabilidad que el procedimiento o servicio sea aceptado.

de la prueba de VIH/sida. Destaca que se señala como un reto pendiente el caso de las mujeres con VIH/Sida. Ya que solo se aplicó un esquema de comunicación específico para hombres en cuanto a la promoción de las pruebas, lo que generó confianza entre los internos y permitió un mejor entendimiento y aceptación de las pruebas. No fue así en el caso de las mujeres.

En la literatura revisada para esta investigación existe una escasez de información sobre el objeto de estudio, la comunicación sobre el VIH/SIDA en los centros penitenciarios. Si bien, la comunicación sobre esta condición es extensa al ser visto como un problema de salud pública, el contexto del centro de readaptación social o penitenciario, invisibiliza el problema y por lo tanto lo relega de la literatura especializada.

2.3 Oportunidades para la Comunicación Aplicada

Toda intervención en salud debería estar acompañada de un componente de comunicación que permita conocer los alcances del programa entre la población meta y dar seguimiento y mantenimiento a la información disponible para su adecuada difusión, desde el inicio, hasta el final de la intervención. Tal como se ilustra en "The Role of Researchers During HIV Prevention Research Trials. AIDS Education and Prevention" (Eke, et al. 2006), el desarrollo de una intervención requiere una documentación exhaustiva del proceso de implementación, una comunicación continua entre el personal de la agencia y el investigador, así como asociaciones con las partes interesadas (stakeholders)”

Cabe recordar las grandes campañas de salud pública que se han realizado en México, como la campaña contra el sarampión y la tuberculosis realizada en los años setentas, la reducción del cólera después del sismo de 1985 en la Ciudad de México, y la campaña contra el dengue en el sureste del país. Grandes recursos se han destinado a estos problemas epidemiológicos y de salud pública ¿Cuánto se ha destinado a reducir la incidencia de VIH/SIDA en los centros penitenciarios? Poco, muy poco.

Durante la investigación realizada, se observó que en el caso de las mujeres que están internadas en los centros penitenciarios de la Ciudad de México, no se contó con una estrategia de comunicación específica que las incluyera y les brindara opciones. En

ese sentido, tampoco se incluyó a las mujeres transgénero privadas de su libertad que conviven con los varones y quienes constituyen una de las poblaciones clave para la prevención y atención del VIH/sida, a diferencia de la varonil, atendida con esta intervención en los centros penitenciarios.

Otro tema que se ha reportado como ausente es la instalación de un modelo de diagnóstico permanente para las personas de nuevo ingreso, hombres y mujeres, así como lo referente al consumo de sustancias, centrándose al momento de su liberación para que así puedan seguir bajo los controles médicos pertinentes. Lo que no se hace evidente en esta etapa, es que se requerirá de un acompañamiento de comunicación estratégica permanente que, por un lado, les permita la generación y validación de la información necesaria para ser distribuida en la población beneficiaria, paralelamente a la puesta en marcha de nuevas estrategias de prevención y que, a su vez, se convierta en información útil también para el personal que convive con la población penitenciaria.

Si bien es cierto que el seguimiento epidemiológico que plantea el artículo publicado en la Revista Dfensor⁴ es importante, en cuanto a los casos de contactos - parejas sexuales de las y los internos con VIH/Sida y otras ITS-, también es cierto que la comunicación en todos estos procesos no está presente de forma permanente, como un elemento de acompañamiento que facilite su conocimiento.

⁴ N.B. Puede ser consultada en línea en <https://cdhdf.org.mx/revista-dfensor/>

Sin embargo, también es cierto que la suma de voluntades de las instancias participantes, la perspectiva de derechos humanos, el fundamento en la evidencia científica y los principios éticos en todo el proceso lo convierten en un programa exitoso susceptible de mejorar con mejores estrategias de comunicación que se incluyan antes, durante y después de la intervención. (CNDHDF, 2006)

Ante ello, es necesario diseñar, intervenir y reflexionar de manera integral las acciones de comunicación, para que las intervenciones en salud en estas poblaciones se acompañen de estrategias comunicativas y de mensajes clave que mejoren sus condiciones de vida y de salud y, sobre todo, que las ayuden a superar los obstáculos estructurales para su atención, seguimiento y monitoreo tanto en los espacios de reclusión como desde la propia Clínica Especializada Condesa.

Lo que observo a través de la investigación bibliográfica realizada es el resultado de una intervención que identifica bien el contexto, la certeza en los procesos seguidos, los hallazgos epidemiológicos en las prevalencias encontradas y los retos para atender en el futuro. Además de proporcionar por primera vez a estas poblaciones información sobre su derecho a la salud y al consentimiento informado resultó en un gran cambio en las condiciones previas al estudio, que en la actualidad se convirtió en un programa y en una política pública. Los procesos en los que hubo planeación de las acciones, intervención para el cambio en la realidad de la atención de las poblaciones clave con estas problemáticas en ambientes carcelario se realizaron con base en la investigación acción.

Lo que no resultó bien en materia de comunicación es que los materiales no se diseñaron para mujeres, ni para mujeres transgénero, lo que refuerza un mensaje de invisibilidad de estas poblaciones, que aunque estuvieron expuestas a la misma campaña para ellas se requirió del acompañamiento de pares para lograr casi el 100% de aceptación de las pruebas.

2.4 Problemas de Comunicación Observados en el Contexto de la Investigación

Previo a iniciar la intervención en los centros penitenciarios de la Ciudad de México, las condiciones de atención a la salud de las y los internos no era buena (González, 2016), particularmente de las personas con VIH. Aunque había servicios de salud disponibles, las y los internos con VIH no recibían la atención médica especializada necesaria sumado al gran desconocimiento de las formas de infección, incluso entre el personal médico que ahí labora, por lo que tenían que ser trasladados para su atención a la Clínica Especializada Condesa⁵. Al ingresar al reclusorio no se les realizaba pruebas de detección, por lo que había más pacientes asintomáticos viviendo con VIH que ignoraban su estado serológico. No existía comunicación o información sobre el VIH-Sida, por lo que el estigma y la discriminación asociados eran una constante para las y los internos que vivían con esa condición de salud.

⁵ N.B. más información disponible en <http://condesadf.mx/>

El área médica al interior de los centros penitenciarios era una área idónea sobre la que se requería incidir con las acciones afirmativas para el conocimiento, comunicación y la difusión de información científica clara y libre de prejuicios que les permitiera atender a las y los internos con VIH.

Se identificó como uno de los problemas centrales para la aplicación de pruebas de VIH el desconocimiento sobre el Consentimiento Informado y por tanto el derecho a la salud aún estando en reclusión, además del principio de equivalencia que garantiza una atención médica igual o equivalente a quienes viven en libertad (González, op. cit). Para atender este problema de comunicación se planeó, diseñó y produjo un video que explicara de forma clara y sencilla la carta de consentimiento informado, y la acción de proyectar el video de manera colectiva, con la explicación de un facilitador que les leía la carta de consentimiento informado, antes de la toma de muestras, son acciones que les resuelven sus dudas para que puedan firmar la carta libre e individualmente dejando clara su decisión de participar o no en el estudio.

La siguiente figura resume el proceso de admisión del interno, donde se puede apreciar la carencia de un protocolo médico y los problemas existentes de comunicación sobre la posibilidad de que haya adquirido VIH.

A) Desde la Investigación Acción y su ciclo, se muestra el proceso:



Fig 1. Ciclo de la Investigación Acción.

B) Cuando una persona ingresa a reclusión el protocolo de revisión médica básica no incluye consejería ni pruebas que permitieran conocer el estado serológico, solo una revisión general.



Fig 2. Protocolo regular de revisión.

C) Actualmente cuando una persona ingresa a reclusión el protocolo de revisión médica básica incluye consejería especializada y pruebas de detección que permiten conocer el estado serológico.

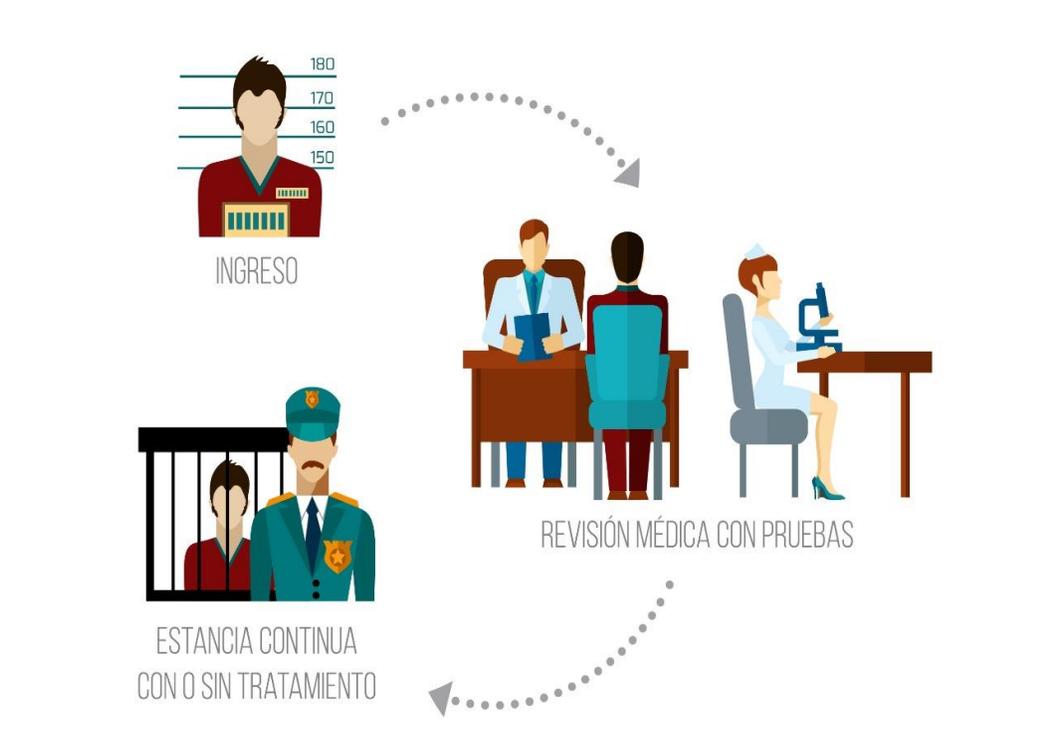


Fig 3. Protocolo de revisión, consejería y pruebas serológica.

2.5 Análisis de los Problemas de Comunicación Observados

La reiterada consideración de incorporar estrategias de comunicación puntuales a lo largo del proceso de implementación de un modelo-programa como éste, sin duda tendrá beneficios para todas las partes involucradas ya que cada uno de los pasos seguidos; Planeación, intervención-acción y reflexión, representan una oportunidad para focalizar a las diferentes audiencias que reciben los mensajes, lo que permitirá segmentarlos más, planearlos y diseñarlos anticipadamente y a lo largo de toda la intervención.

En buena medida, la llamada campaña *Ponte A Prueba* (que consistió en dos videos, un cartel y nueve postales informativas) utilizada para la promoción de las pruebas sirvió para complementar la información y llevar distintos mensajes a las audiencias que impactaron, que siempre requerían de acompañamiento de personal de enfermería y técnico penitenciario para complementar las acciones informativas.

Es claro desde el análisis que hubo oportunidad de diseñar materiales específicos y segmentados para poblaciones clave como lo son las mujeres y las mujeres trans que también fueron beneficiarias del programa y que estuvieron expuestas a la campaña de promoción, sin que el diseño de los mensajes las incluyera.

El tema de la inclusión de las poblaciones objetivo no se diseñó de forma completa y el peso de la investigación y sus posibles hallazgos centraron las acciones de los y las tomadoras de decisiones, tanto en el diseño de los mensajes, como en la estrategia de implementación de la campaña, su temporalidad y conclusión.

Finalmente, y a reserva de reconocer el valor que tiene atender a este grupo de la población privado de su libertad -concentrado en un espacio de reclusión controlado- al que se le dirige una estrategia de servicios de salud, debe considerarse en futuras oportunidades de intervención un mejor y más completo diseño de estrategia de comunicación que abarque un proceso integral, con la metodología de Investigación-Acción desde el diseño de la estrategia de comunicación a la medida de lo que se requiere, y que vaya de la mano de todo el proceso y no sólo como un componente más. De esta forma, se resume en la Tabla 1, los problemas de comunicación detectados durante esta investigación. En el siguiente Capítulo discutiré la estrategia de intervención diseñada a partir de los problemas de comunicación que se identificaron previamente con las personas privadas de su libertad al interior de los centros penitenciarios.

TABLA 1

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN DETECTADOS EN INTERNOS SOBRE EL VIH/SIDA
--

- A. **La mayoría llega a los centros de reclusión con poca o mala información sobre el VIH-sida.**
- B. **Los prejuicios y mitos sobre el VIH-sida se refuerzan al interior.**
- C. **Falta de información clara, y directa en los espacios de reclusión.**
- D. **La distribución de la folletería es esporádica y no representa a todos los diferentes grupos de población de internos.**
- E. **Las acciones de comunicación audiovisual son esporádicas e irregulares.**
- F. **Las campañas integrales son escasas y pocas veces son integrales.**

Capítulo III - Estrategia de Comunicación e Intervención

En el Capítulo anterior se analizó el programa de detección y atención del VIH en los centros penitenciarios de la Ciudad de México y su contexto; abordamos el caso, describimos y criticamos la forma como se transmitió la información a los participantes en el programa. En este Capítulo se explican las etapas del proceso de la intervención con el apoyo metodológico.

3.1 La Acción

En la metodología de Investigación-Acción, la acción en campo es uno de los pasos sustantivos de todo el proceso, pues es ahí en donde se incide en una realidad determinada, se observan los cambios, reacciones y procesos que posteriormente nos llevan a una reflexión que permite que el ciclo vuelva a iniciar aunque no sea de forma inmediata, pero sobre una misma realidad que se modifica con cada intervención.

Se diseñó una campaña específica que acompañaría la intervención sanitaria en los centros penitenciarios como el componente de comunicación que formó parte del estudio y después de la implantación del modelo en los Centros Penitenciarios de la Ciudad de México. Ponte a Prueba porque el Reto es tu Salud, es el nombre que se le dio a la campaña y es también el nombre del programa, aunque su difusión entró en operación previo al momento de realización de las pruebas. La campaña contó con una

etapa de planeación e investigación para el diseño de los materiales gráficos y los guiones, materiales que fueron validados por médicos y expertos en comunicación en cada una de sus etapas.

El rol que tuve en el desarrollo de esta estrategia de comunicación en forma de campaña, fue el de coordinador de todo el proceso; la integración de los equipos de producción, creativo y del talento que participó, así como la interacción con los demás equipos médicos, de expertos y en los centros penitenciarios en la supervisión de los materiales, previo, durante y posterior a la grabación, difusión y puesta en marcha de la campaña.

3.2 Diseño de la Intervención

Para el diseño de la campaña en todas sus etapas, que describiremos con detalle más adelante, contamos con el apoyo del programa que realizaría primeramente la intervención sanitaria en un estudio con las pruebas que se les haría a las poblaciones meta, y posteriormente como la implantación de un programa formal en las cárceles de la Ciudad de México, que incluye diversos componentes e interacciones los que se describen en el artículo publicado en la revista de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (dfensor, 2013) y que conforman el desarrollo de un modelo que a

continuación del cual sintetizo algunos elementos para una mayor comprensión de cómo se hizo esta campaña:

En el artículo se detalla el desarrollo del modelo del Programa Ponte a Prueba y su puesta en marcha en los centros de reclusión, el trabajo se desarrolló con rigor metodológico, perspectiva de derechos humanos y una participación interinstitucional sin la cual no hubiera sido posible. En cada una de las doce etapas que lo componen se hace una constante referencia a los principios éticos que rigen el programa: equivalencia, voluntariedad y confidencialidad. De este modo y con la participación de expertos en salud pública y en cárceles, se diseñaron y determinaron las diferentes pruebas que habrían de aplicarse a la población penitenciaria para la detección de sífilis, virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC), síndrome metabólico, diabetes, dislipidemias e hipertensión, y que –como parte de ellas y para los fines del modelo- se aceptara también la de VIH/sida.

El análisis del modelo y la metodología aplicada, hicieron posible tener una visión panorámica de la situación de salud de las y los internos en quienes se llevaría a cabo el modelo, para lo cual su participación activa y voluntaria era fundamental. Para la siguiente fase del modelo y su puesta en marcha se realizaron acciones de capacitación con el personal técnico penitenciario y personal médico de la Secretaría de Salud que laboraban en los centros de reclusión, todo basado en una perspectiva de derechos

humanos y no discriminación, incluso permitiendo a las y los internos la posibilidad, como un derecho, de rechazar una o más de las pruebas propuestas.

La siguiente etapa consistió en el desarrollo de una campaña de comunicación, descripción y promoción del programa entre las y los internos, misma que tuvo como utilidad adicional informar y sensibilizar también al personal penitenciario, técnico, de salud y administrativo, además de sus familiares y parejas, que muchas veces no cuenta con información específica sobre VIH/Sida. La campaña informativa se integró con dos videos y soportes gráficos en carteles y tarjetas postales.

Queda claro que hizo falta conceptualizar, desde el diseño de la intervención, una visión más amplia de la campaña para dotarla de una mejor estrategia de difusión e información con carácter permanente en los centros penitenciarios, lo cual hubiera sido una acción afirmativa para facilitar la permanencia de la información, no sólo sobre VIH/Sida y el resto de las pruebas, más allá de la etapa de promoción.

Las siguientes fases radicaron en: recabar el consentimiento informado de las y los internos para conocer las pruebas y sus alcances; aceptarlas o rechazarlas como un derecho; en donde la campaña fue una pieza clave, ya que una de las piezas en video detalla puntualmente temas de derechos, de enfermedades y padecimientos, además de los pasos a seguir para tomar muestras de sangre y recolectar datos clínicos, y la aplicación de una encuesta a un grupo aleatorio con fines de información epidemiológica,

en la que haría falta incluir preguntas puntuales sobre la percepción de la campaña, la información recibida a través de esta con la finalidad de mejorarla. El acceso universal a los tratamientos para Hepatitis B y C es todavía una tarea pendiente en México por lo que –en el artículo-, no queda claro si en estos casos los internos con resultados positivos fueron atendidos con el tratamiento correspondiente durante la implantación del modelo.

En las siguientes etapas se entregaron resultados positivos al VIH junto con propuestas de atención médica por parte de la Clínica Especializada Condesa lo que, en el caso de los hombres, implica su traslado a la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla en cuyo caso se requiere que dicha normatividad sea explícita para los internos y se incluya en los materiales de comunicación, especialmente en la impresa.

El trabajo interinstitucional y coordinado de la Clínica Especializada Condesa y el Sistema Penitenciario permite visitas permanentes de enfermeras y personal médico, hasta dos veces al mes, para la toma de muestras y aplicación de pruebas a las y los internos que las soliciten. Por otra parte, la comunicación y los materiales utilizados en la campaña, aun cuando no se diseñaron con esa finalidad, han sido utilizados como un valioso apoyo para el personal y los médicos que les permite proporcionar una capacitación regular a los internos y al personal de salud que rota con cierta periodicidad y que cuenta con poca o ninguna información sobre VIH/sida.

En lo referente al seguimiento de las parejas de las y los internos detectados, se solicita la autorización para contactarlas y poder aplicarles las pruebas. De esta forma se les da seguimiento epidemiológico con el fin de evitar complicaciones en su salud y, en el caso de mujeres embarazadas que resulten positivas el VIH, proporcionarles el tratamiento adecuado para evitar la transmisión materno-infantil la cual puede prevenirse en 99% de los casos, de ahí la importancia del seguimiento oportuno y de una mejor comunicación de esta etapa del modelo.

En el caso de que las o los internos no acepten que se les notifique a sus parejas, y más aún tratándose de una mujer embarazada, se solicita la intervención de la CDHDF ya que la normatividad vigente no permite a los servicios de salud buscar a las parejas de pacientes con VIH/sida, aunque esté en riesgo la vida o la protección de su pareja, hijos o hijas.

Es claro que cada uno de los pasos que conforman la implantación del modelo pudo estar mejor acompañado de una mayor y eficaz estrategia de comunicación; desde la planeación, intervención-acción y reflexión. Y no sólo en la etapa de la promoción de las pruebas.

3.4 Discusión sobre la Estrategia Propuesta

La campaña Ponte a Prueba porque el Reto es tu Salud cumple con el programa que lleva el mismo nombre, y acompaña la intervención sanitaria como una herramienta práctica que apoya la explicación de los procesos y los derechos de las poblaciones meta durante la intervención; la aplicación de un conjunto de pruebas de salud y de acciones informativas que se realizaron con un alto porcentaje de aceptación; las pruebas, el conocimiento de sus derechos, lo que llevó a la intervención junto con la campaña a mejorar las condiciones de salud y de vida de los internos al interior de los centros penitenciarios, cambiando la situación de cómo fue encontrada al inicio del estudio.

Los aspectos positivos de la campaña se pueden resumir en cuanto a que ayudó en un alto porcentaje a la aceptación de las pruebas, apoyó la explicación de los procedimientos y las enfermedades que se detallan en los videos, pero también en las postales informativas que compartían con sus familiares y parejas sexuales, lo permitió alcanzar a otras poblaciones no proyectadas en el estudio.

Los aspectos negativos es que no se consideraron en su diseño a dos poblaciones que son clave para el control de la epidemia; las mujeres y las mujeres trans que viven en los centros penitenciarios. Aún cuando estas poblaciones estuvieron expuestas a las piezas de comunicación de la campaña, no fueron diseñadas para ellas, lo que lleva implícito un mensaje de invisibilidad.

La campaña ayudó a mejorar la comunicación sobre el VIH-Sida y otros padecimientos al interior de los Centros Penitenciarios al incluir la prueba de VIH con el resto de las pruebas que se harían lo que favoreció su aceptación y le quitó estigma a la misma. Incluyó el tema de derechos sobre el consentimiento informado sin antecedente de intervención en comunicación en las cárceles de la Ciudad de México. Ayudó a visibilizar al interior y al exterior una parte de las condiciones sanitarias y sociales que privan al interior de estas instituciones.

La campaña es una buena estrategia de intervención porque ayudó a cambiar paradigmas y mitos en torno al VIH-Sida y otros padecimientos, facilitó los procesos explicativos de parte del personal de salud y técnico penitenciario que participó en el programa y llevó información en video sobre el Consentimiento Informado a dónde no existía o había desinformación sobre este y los temas de la intervención sanitaria y el programa en su conjunto.

Para que la campaña se convirtiera en una estrategia de mayor alcance e intervención debió tener algunas modificaciones, para que durante su difusión se transformara de una etapa de convocatoria a la realización de las pruebas, a ser una campaña de mayor permanencia, en la que la información sobre el VIH-Sida y el resto de los padecimientos tuvieran una continuidad informativa en beneficio de las poblaciones meta. Y considera a todas las poblaciones afectadas y privadas de su libertad y no solo a los varones.

En el Apéndice 1 se incluyen los guiones originales utilizados para la producción de los dos videos que son las piezas centrales de la campaña, así como el documento

íntegro de la campaña Ponte a Prueba porque el Reto es tu Salud como un referente importante para este estudio de caso.

Capítulo IV - Evaluación de la Intervención

Para el modelo metodológico de Investigación-Acción la creación de nuevos ciclos enriquecidos por las intervenciones, acciones y reflexiones previas, es la materia sustantiva para formular nuevas intervenciones, que resulten en una mayor efectividad en la reducción de la condición de salud y que aporten resultados al entorno en el que intervienen y lo modifiquen para su beneficio. A continuación, detallo los elementos que serán útiles en el rediseño de una nueva intervención en forma de campaña u otra estrategia comunicativa de utilidad para poblaciones privadas de su libertad en ambientes carcelarios.

4.1 Motivación y Etapas de la Investigación

En este Capítulo final sintetizo las etapas del trabajo realizado: La comunicación y difusión en la Prevención y Atención del VIH/ Sida en los Centros Penitenciarios de la Ciudad de México y la realización de la campaña “Ponte a prueba porque el reto es tu salud”. Una de las motivaciones para la realización del mismo ha sido el trabajo que he realizado a lo largo de más de tres décadas, dedicado tanto al activismo, como consultor independiente en el diseño y conceptualización de campañas, estrategias de comunicación, así como a la producción de piezas audiovisuales en torno a la temática

del VIH-Sida. Encuentro que el recorrido académico ha sido de gran utilidad para tales motivaciones, que ahora me permiten presentar la evaluación del caso, y hacer recomendaciones puntuales para un mejor diseño conceptual, creativo e innovador de las nuevas y retadoras estrategias que actualmente se requieren, con el apoyo metodológico de la Investigación-Acción, que también suma a los avances científicos que siguen siendo necesarios ante el VIH-Sida en los campos de la prevención, la educación y la acción.

Al inicio de esta investigación, presenté un panorama actualizado y completo sobre el VIH-Sida y la falta de comunicación, mitos y prejuicios y su impacto al interior de los centros penitenciarios de la Ciudad de México, y por lo tanto en la salud pública, enumeré las respuestas y resultados institucionales en torno a esa problemática que atiende a la población penitenciaria de la ciudad mediante un programa específico en el que se inserta el presente estudio de caso, y con todo este universo de información logré dar un mayor contexto, cuya finalidad última es la de permitir un mejor entendimiento de la dinámica que sigue la infección en sus aspectos biopsicosociales.

Posteriormente, hice una revisión de los esfuerzos de comunicación en el problema de salud pública del VIH/Sida en el Contexto de los centros penitenciarios en la Ciudad de México. Con las acciones desarrolladas por el Centro para la Prevención Integral del VIH / Sida de la Ciudad de México, en el Programa de Detección y Atención del VIH en Centros Penitenciarios del Distrito Federal desde 2009 en el que participaron las Secretarías de Gobierno y Salud del D.F., la Clínica Especializada Condesa y los

Institutos Nacionales de Salud. Y es aquí donde desarrollé el caso; con los datos de las poblaciones atendidas y las estrategias seguidas para comunicar de forma eficaz los mensajes que se llevaron a estas poblaciones, con el apoyo metodológico del paradigma Investigación-Acción.

A continuación, se discutió la estrategia de comunicación y la intervención, así como las acciones previas a la producción de la campaña y su difusión, incluí en los apéndices de forma integral todos los elementos de la campaña “Ponte a prueba porque el reto es tu salud” como un elemento testimonial, pues ejemplifica claramente la forma en que se hizo este trabajo en su momento y se presentó de esa forma ante las autoridades que lo solicitaron, así como el talento de un actor conocido; Daniel Giménez Cacho⁶, quien desarrollaba durante las fechas de producción de la campaña, talleres de teatro con los internos de centros penitenciarios, lo que fue de utilidad durante la etapa de producción.

4.2 Evaluación de la Estrategia Implementada

La evaluación de los resultados de este estudio de caso, en torno a la comunicación de la campaña: “Ponte a prueba porque el reto es tu salud” en los centros penitenciarios de la Ciudad de México, arroja elementos positivos de acuerdo con la

⁶ N.B. se puede encontrar más información del actor en <https://www.imdb.com/name/nm0319843/>

información encontrada en las entrevistas, en el trabajo de campo y a lo largo del proceso de investigación para la aceptación de la prueba con el componente de comunicación (La campaña) y nos reporta los resultados mostrados a continuación

A. Resultados positivos

- - La campaña ayudó en la difusión de información clara y directa sobre el VIH-Sida con bases científicas y traducida a un lenguaje coloquial que permitía la aceptación de los pares que recibían dicha información.
- - La campaña funcionó como motivador para la aceptación de la prueba en un alto porcentaje, de acuerdo con el personal médico que realizó las pruebas y que posteriormente documentó en el artículo de referencia publicado en la revista de la Comisión de Derechos Humanos del D.F.
- La campaña sumó a la aceptación para la realización de otras pruebas de salud que se incluían el estudio.

- La campaña también proporcionó en video la información precisa sobre el Consentimiento Informado por primera vez en los centros penitenciarios de la Ciudad de México.

B. Resultados negativos

- Aunque las autoridades y los investigadores participantes en el estudio no lo señalan como un aspecto negativo, la falta de un diseño específico de materiales para mujeres y mujeres transgénero privadas de su libertad, quedó pendiente para tener un mayor impacto en estas poblaciones, que si bien aceptaron participar en el estudio, no se hizo con materiales específicamente diseñados para ellas.

C. Oportunidades en torno a la comunicación

- - Como resultado de una revisión general del caso, encuentro que las oportunidades son múltiples y van en diversas líneas de trabajo; en cuanto a la producción de materiales audiovisuales y de materiales impresos con mejores diseños que permiten la permanencia de la información sin algún soporte tecnológico o digital.
- - La información obtenida de las entrevistas, el trabajo de campo, las reuniones especializadas con personal médico y de enfermería, así como de los

investigadores y funcionarios tomadores de decisiones, sugieren gran cantidad de acciones a realizar en materia de comunicación que agrupo en 4 puntos generales:

1. **Mantener la comunicación en forma clara, y directa.** (Que los mensajes sean permanentes, con una narrativa simple y que combine gráficos y texto)
2. **Incluir a todos los diferentes grupos representados en el estudio.** (La inclusión es clave para reflejar y visibilizar a las y los participantes)
3. **Difundir la información sobre el VIH-Sida de forma permanente y pertinente.** (Las acciones comunicativas deberán estar presentes a lo largo de cada año en lugares visibles y formatos accesibles en el entorno)
4. **Que toda acción comunicativa colabore de forma integral con las acciones (campañas cíclicas o permanentes) de prevención, educación, capacitación y divulgación del VIH-Sida al interior de los centros penitenciarios.** (La integración de cada elemento, ya sea gráfico o audiovisual en el entorno, debe complementar acciones como; pláticas, conferencias, distribución de materiales etc.)

Capítulo V - Conclusiones y Recomendaciones

El aporte metodológico de la Investigación-Acción para este estudio de caso, ha sido de gran valor para acompañar los objetivos de la campaña que se diseñó y que coincide con sus propósitos. Como se mencionó arriba, el propósito fundamental de la Investigación-Acción no es tanto la generación de conocimiento como el cuestionar las prácticas sociales y los valores que las integran con la finalidad de explicitarlos. Así, los autores sugieren que la Investigación-Acción es un instrumento para reconstruir las prácticas y los discursos sociales.

Y en ese sentido es que después de resumir y analizar el caso de la Comunicación en la prevención y atención del VIH-Sida en los Centros Penitenciarios de la Ciudad de México y mostrar a detalle el camino recorrido y editarlo para presentarlo en 5 Capítulos, puedo concluir que los resultados finales de la aplicación de la campaña “Ponte a prueba porque el reto es tu salud” Ayudaron a incrementar la detección de nuevos casos de VIH al interior de los centros penitenciarios de la Ciudad de México; Aunque no existe un número previo de casos detectados antes de la difusión de la campaña, porque no hubo un tamizaje, y tampoco se consideró el diseño de un instrumento que lo midiera después de la difusión de la campaña.

Sin embargo lo que confirman tanto el personal médico, como de enfermería y los resultados de la investigación, es que la aceptación de la prueba fue muy cercana al 100% como se menciona en el Capítulo 2 en el artículo analizado, en donde se presenta la respuesta al estudio, y en el Capítulo 4 en las respuestas de las entrevistas sobre la efectividad de la campaña.

A continuación, incluyo la información actualizada al 2017 proporcionada por la Sub directora de atención a poblaciones clave y coordinadora del Programa Ponte a Prueba en cárceles, Nathalie Grass Alain en una entrevista que le realicé en 2017.

“La Campaña de detección Ponte a Prueba diagnosticó 156 casos en ocho centros penitenciarios, entre 2010 y 2014 (en 2013 no hubo ningún tamizaje), de los cuales 13 son mujeres y 143 son hombres. De 2009 a 2016 se han atendido 565 hombres, 44 mujeres y 7 adolescentes viviendo con VIH en los centros penitenciarios y comunidades para adolescentes de la Ciudad de México.”

Por lo anterior puedo concluir que; la correcta utilización de materiales comunicacionales sobre VIH-Sida diseñados ex -profeso para poblaciones que son clave para el control de la epidemia, como parte integral de una intervención en salud y comunicación para desarrollar un modelo de atención en tales poblaciones, definitivamente favorece respuestas positivas y de mayor alcance. Incluir siempre las estrategias de comunicación desde el inicio de la intervención ayudó a desarrollar una

mejor dinámica para cubrir las necesidades de sensibilización e información de las poblaciones privadas de su libertad.

5.1 Recomendaciones generales a la intervención en materia de comunicación.

Las siguientes recomendaciones están formuladas con base en la recopilación de información durante todo el proceso de conceptualización, diseño de los guiones y producción de la campaña, previo a la acción. Además de incorporar las sugerencias y recomendaciones de expertos en salud pública y VIH-Sida, de los diferentes equipos participantes en el estudio y el modelo supervisado, así como mi propia experiencia.

5.2 Diseño y producción de mensajes sobre VIH-Sida

La conceptualización y producción de mensajes a poblaciones específicas como las de este estudio de caso, siempre deberán considerar los siguientes elementos en su etapa de diseño:

1. Crear mensajes claros y concisos, considerando que las personas en la cárcel tienen en su mayoría bajo nivel educativo incluyendo a los custodios.
2. Evitar el uso de lenguaje muy técnico o médico.

3. Traducir siempre al lenguaje de las poblaciones objetivo.
4. Tener en cuenta el contexto focalizado para ambientes penitenciarios.
5. Considerar que las diversas resistencias a interactuar con personas con VIH siempre se transforman con la información.
6. Los folletos impresos en formato de postal informativa tienen muy buena aceptación porque en su diseño el 50% es gráfico y el otro 50% es información puntual y directa.
7. Los pacientes con VIH son los más cuidados y sanos en ambientes carcelarios.
8. Diseñar mejores materiales específicos para trabajadores sexuales y personas de la diversidad sexual.
9. Diseñar más y mejores materiales impresos para que los puedan compartir con sus familiares, amigos y parejas sexuales.
10. Considerar la diversidad de públicos; desde los analfabetos hasta los muy educados y formados.
11. Incluir en los mensajes los temas de estigma y discriminación asociados al VIH-Sida, ya que la desinformación de las patologías y de nuevas infecciones es común entre el personal médico y de enfermería.

Mientras que en las etapas de difusión recomiendo:

12. Utilizar pares para generar empatía al momento de la difusión de los mensajes
13. Garantizar la difusión de materiales audiovisuales con la tecnología necesaria.

14. Calendarizar anualmente la difusión, para que los videos se transmitan de forma permanente, se distribuya material impreso y se acompañe de pláticas de personal médico o de expertos.
15. Que las campañas estén ligadas a otras campañas o condiciones de salud y que no solamente VIH. Por ejemplo: Diabetes, Hipertensión o Síndrome Metabólico.
16. Considerar distribución de materiales impresos con diseño de postal informativa de forma permanente.
17. Mejorar las estrategias de difusión de la información en áreas comunes y de visita.
18. Incluir siempre al personal penitenciario y servidores públicos en la difusión las campañas.

La consideración de los diferentes contextos carcelarios en distintas latitudes deberá de tomarse siempre en cuenta para el diseño de estrategias de comunicación sobre VIH-Sida. De este modo los elementos presentados constituyen la reflexión, que es una fase metodológica de la Investigación-Acción, que incluye la investigación y análisis previos del contexto a intervenir, el diseño y la validación de las piezas de comunicación que conformaron la campaña, así como la acción que se llevó a cabo en campo en los centros penitenciarios de la Ciudad de México con las personas privadas de su libertad.

Para completar el ciclo e iniciar uno nuevo, la etapa de reflexión sobre las dos siguientes etapas, las encontramos tanto en el análisis de las piezas de comunicación presentadas en el marco teórico, como en las entrevistas. Ambos elementos sumados a las

recomendaciones generales de este Capítulo conforman el material necesario para el rediseño o nuevo diseño que completa el ciclo de la Investigación-Acción. Y que ha sido utilizado en la segunda versión de la campaña Ponte a Prueba II, que no forma parte del presente caso.

Como reflexión final, regreso al título de esta investigación, “La Cárcel sin Comunicación”. Si bien, el proceso penitenciario y la privación de la libertad implica una reducción significativa en la comunicación de las personas en esa situación, se contraponen otros derechos humanos universales, como el derecho a la salud. Se reconoce que las enfermedades de transmisión sexual son un problema de salud pública, que, como cualquier otro, sólo puede ser erradicado mediante una combinación de profilaxis, comunicación, e intervención. Poco puede aportar la medicina a estos problemas si no existen canales de comunicación apropiados entre la población y las entidades participantes en el sistema de salud pública. En los centros penitenciarios, estos canales son profundamente inexistentes por lo que se identificaron áreas de oportunidad, sin embargo, el aporte fundamental de esta investigación es la aplicación de un método como el de investigación acción para reconocer que dada la magnitud del problema, equivalente a un problema educativo, no puede ser resuelto en una simple y sencilla estrategia de comunicación. Se requieren interacciones que permitan avanzar paso a paso en la construcción e implementación de acciones de comunicación, que eventualmente, reducirán la magnitud del problema. De esta forma, esta primera aportación abre el camino a investigaciones subsecuentes que evalúen la efectividad de lo aquí reportado y

sirva de cimiento a nuevas acciones que impacten a esta población en los centros penitenciarios y por consecuencia a la sociedad en México.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

1. (LESPRS) Reglamento de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal (2012). México.
2. Albertie, Ariel, et al. "Connectivity, prison environment and mental health among first-time male inmates in Mexico City." *Global public health* 12.2 (2017): 170-184.
3. Beltran, Antonio Latorre. La investigación-acción: Conocer y cambiar la práctica educativa. Vol. 179. Grao, 2003.
4. Clínica Especializada Condesa (2011). Personas Privadas De La Libertad, Gobierno de la Ciudad De México. Disponible en:
<http://www.condesadf.mx/personas-privadas-de-la-libertad.htm>. (Acceso 22 Mar. 2018).
5. Eke AN, Neumann MS, Wilkes AL, Jones PL. Preparing effective behavioral interventions to be used by prevention providers: The role of researchers during HIV prevention research trials. *AIDS Education and Prevention*. 2006;18(SA):44–58.

- 6.
7. Galárraga, Omar, et al. "Punto Seguro: A Randomized Controlled Pilot Using Conditional Economic Incentives to Reduce Sexually Transmitted Infection Risks in Mexico." *AIDS and Behavior* 21.12 (2017): 3440-3456.
8. González, Hugo Vargas, et al. "Implementation of new strategies for timely HIV diagnosis in Mexico City's Prison System and its impact on the continuum of care." *Journal of the International AIDS Society* 19 (2016): 1.
9. Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal 2005. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2006. Impreso.
10. Kemmis, Stephen, and Robin McTaggart. "Cómo planificar la investigación-acción." *Barcelona: Laertes* (1988).
11. Martí, Joel. "La investigación-acción participativa: estructura y fases." (2017).
12. Melero Aguilar, Noelia. "El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad: un análisis desde las ciencias sociales." *Cuestiones pedagógicas* 21 (2012): 339-355.

13. Ramírez-González, Luis Esteban, et al. "Características demográficas y clínicas de pacientes coinfectados por VIH y Virus de Hepatitis C en México." *Revista Médica MD* 9.4 (2018): 294-298.
14. Silverman-Retana, Omar, et al. "Cross-sectional association between length of incarceration and selected risk factors for non-communicable chronic diseases in two male prisons of Mexico City." *PloS one* 10.9 (2015): e0138063.
15. Sistema Penitenciario (2018). Estadísticas. (online) Subsecretaría de Sistema Penitenciario. Disponible en: <http://penitenciario.cdmx.gob.mx/poblacion-penitenciaria> (Acceso 22 Mar. 2018).
16. Torrecilla, Francisco Javier Murillo, and Francisco Javier. "Investigación acción." *Métodos de investigación en educación especial. 3ª Educación Especial. Curso* (2011).

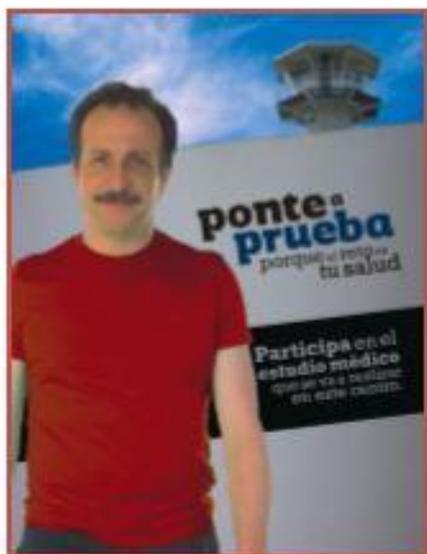
Apéndice 1 - Campaña “Ponte a prueba porque el reto es tu salud”

Esta campaña representa el esfuerzo de diversas instituciones nacionales y de profesionales de la medicina, así como de activistas con experiencia en el trabajo de atención, prevención y educación en torno al VIH/Sida. La idea central fue la de crear piezas de comunicación que fueran útiles para facilitar la aceptación de la prueba del VIH, por lo que, el estudio se acompañó de otra serie de pruebas, que serían de utilidad y beneficio para la misma población de los centros penitenciarios de la Ciudad de México, esto se logró por medio de la sensibilización de la población objetivo, en un entorno especialmente complejo en donde la violencia y la vulnerabilidad están presentes en todo momento.

CAMPAÑA:
PONTE A PRUEBA PORQUE EL RETO ES TU SALUD
 Detección, Atención y Prevención de Enfermedades en
 Centros Penitenciarios del Distrito Federal

Incluye:

- Diagnóstico del estado de salud de la población de internos hombres y mujeres.
- Implementación de protocolos para medir la prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, TB, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad.
- Campaña de comunicación e información: cartel, dos videos y documental del proyecto.



(Figura 1: Frente Postal campaña Ponte a Prueba VIH/Sida)

VIH/SIDA

Descripción:

Infección de transmisión sexual que afecta al sistema de defensa del cuerpo, dejándolo desprotegido ante otras enfermedades. Se transmite por relaciones sexuales con personas infectadas sin la protección del condón, en transfusiones de sangre contaminada, y al compartir jeringas e instrumentos de tatuaje.

Agente:

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Síntomas:

Pueden pasar años antes de que se presenten pero el virus se incrementa y se transmite. Cuando aparecen los síntomas, por una infección oportuna, se declara el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Prueba:

Análisis de sangre.

Tratamiento:

Medicamentos (Antirretrovirales) y prevención de otras infecciones. Relaciones sexuales protegidas con el uso del condón. Si se detecta a tiempo permite una vida normal.

Prevención:

Uso correcto del condón en todas las relaciones sexuales. No compartir jeringas ni hacerse tatuajes con instrumentos no esterilizados. Hacerse la prueba cuando se haya corrido el riesgo de infección.



(Figura 2: Vuelta Postal campaña Ponte a Prueba VIH/Sida)

Figura A1.1

Sin algún trabajo previo existente, en materia audiovisual, de atención y prevención del VIH, Sida en centros penitenciarios como antecedente, se optó por la inclusión de un actor reconocido (Daniel Giménez Cacho) en esta propuesta, quien también había trabajado en los centros penitenciarios impartiendo talleres de teatro a los internos, lo que fue de utilidad para la propuesta. Así el trabajo previo al desarrollo de las piezas de comunicación, requirió de trabajo en campo al interior de los centros penitenciarios y de diversas reuniones con funcionarios y tomadores de decisiones para producir materiales con una propuesta de comunicación documentada sencilla y directa, que presento a detalle en este Capítulo. Consta de 4 piezas centrales; Cartel, postales, 1 Video sobre Enfermedades y padecimientos y 1 Video sobre Consentimiento Informado, además del concepto rector, los diferentes objetivos cognitivos y emocionales, así como una propuesta conceptual y gráfica para el diseño final. Decidí incluir los guiones de las piezas de video, que reflejan el talento y profesionalismo de todas las partes involucradas, también integré los documentos que guiaron el trabajo del equipo creativo que interactuó coordinadamente con el equipo médico y de funcionarios que pusieron en marcha un programa de Investigación que se apoyó en la campaña Ponte a Prueba porque el Reto es tu Salud, con la finalidad de llegar a poblaciones clave y que en esos momentos carecían tanto de información específica y diseñada ex profeso, así como de la atención médica supervisada. Documento original utilizado para presentar la estrategia y campaña en el 2010

El equipo creativo se integró bajo el criterio de invitación directa, a través de los funcionarios responsables del proyecto en la Ciudad de México; se decidió que fueran las siguientes personas: Marco Antonio Palet Sánchez debido a su trayectoria en el trabajo de educación y prevención del VIH-Sida, particularmente en lo relacionado con las campañas de comunicación, con las primeras a nivel nacional, (1989) diseñadas por el Instituto Mexicano de la Radio (IMER) y Mexicanos contra el Sida A.C. y José García Frías por el Consejo Nacional para la prevención y Control del Sida (CONASIDA). También en el desarrollo de los guiones con el talento de Alberto Rudich guionista con amplia trayectoria en televisión y siempre cercano a los temas sociales. En la producción destaca el trabajo del documentalista Jorge Prior, Director de producciones Volcán y Premio Nacional de periodismo, siempre solidario con los temas sociales y educativos.

- 1) Marco Palet, Coordinador
- 2) José García Frías , Asesor Creativo
- 3) Alberto Rudich , Guionista
- 4) Jorge Prior, Productor
- 5) Gustavo Picasso, Productor
- 6) Marco López / Sharon Abreu, Diseño



1).



2).



3).



4).



5).



6).

Figura A1.2

Campaña de Prevención de Enfermedades en Centros Penitenciarios del Distrito Federal 2010

Versión: "Ponte a Prueba"

Cartel Conceptual de Reforzamiento de Mensajes

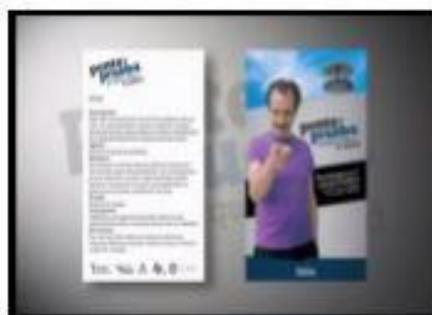
- Folleto/postal informativo de
Reforzamiento de Información
- Videos publicitarios
 - Informativo de ITS u enfermedades a detectar
 - Consentimiento informado
- Documental del Proyecto
- *fotos situacionales



(Figura 3: Postal campaña Ponte a Prueba, Diabetes)



(Figura 4: Postal campaña Ponte a Prueba, Tuberculosis)



(Figura 5: Postal campaña Ponte a Prueba, Sífilis)

SITUACIONAL

Con el fin de facilitar la realización del diagnóstico del estado de salud de la población de mujeres y hombres internos mediante este proyecto, es necesario sensibilizarnos en la importancia de la salud, la detección oportuna y la prevención de enfermedades mediante el autocuidado, así como su derecho al consentimiento informado, que en primer lugar permita tener un marco de referencia, probablemente el primero en el país, que derive en políticas de salud pública efectivas para esta población, y en segundo lugar el impacto en la salud de internos, sus familiares y el personal que labora en los centros, lo que sin duda impactará en la salud pública y la sociedad en su conjunto.



(Figura 6: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba)



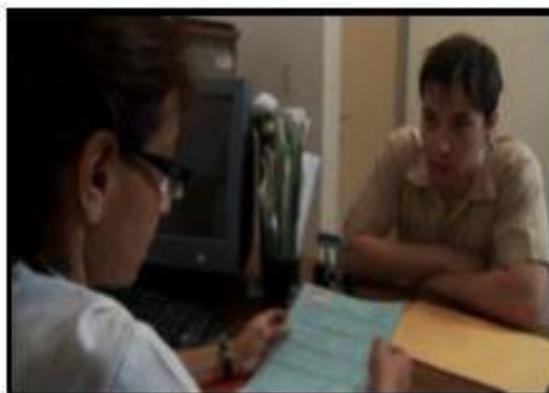
(Figura 7: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba)

Objetivo

Sensibilizar a la población objetivo en la importancia de la salud individual y el impacto en su entorno familiar, social y de parejas, mediante la percepción del riesgo de adquirir alguna enfermedad que limite, tanto su vida y actividades en su condición de encierro, en unos casos, como en su aspiracionalidad de libertad futura, en otros, promoviendo la cultura de la prevención basada en el autocuidado de la salud, identificación de síntomas y manifestaciones de enfermedades y la detección temprana.



(Figura 8: Recorte del video, campaña Puente a Prueba)



(Figura 9: Recorte del video, campaña Puente a Prueba)

Figura A1.5

Concepto Creativo

- Apoyado en la mercadotecnia social, entendida como el análisis de hábitos, actitudes, códigos de comunicación y costumbres de la población objetivo, el concepto creativo busca dirigir de la mejor forma los mensajes, que permita lograr su atención, apropiación, comprensión y aceptación, utilizando también las herramientas que brinda la publicidad adaptada a la comunicación social, con los elementos de identificación que contribuyan a lograr un impacto en los receptores, considerando que se trata de cambiar hábitos y actitudes en una población de difícil acceso.

Se ha trabajado en la estrategia más idónea de abordaje, misma que se presentará una vez que se complemente con la información respectiva, buscando elementos subliminales y aspiracionales que permitan garantizar su impacto y que se unifique en todos los productos comunicativos de forma conceptual.



[Figura 10: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba]



[Figura 11: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba]

*Figura
Al.6*

Público Objetivo

Primario:

Mujeres y hombres privados de su libertad, internos de los centros penitenciarios del Distrito Federal, de centros de atención de adolescentes.

Secundario:

Mujeres y hombres familiares de internos y personal que labora en los centros de reclusión.



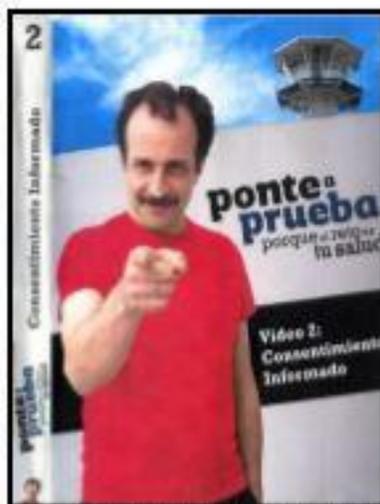
(Figura 12: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba)



(Figura 13: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba)

“Ponte a Prueba”

“Ponte a Prueba” es el nombre de esta versión de la Campaña de Prevención de Enfermedades en Centros Penitenciarios del Distrito Federal 2010, que pretende identificar una serie de valores, elementos culturales y aspiracionales de la población específica a la que se dirige, cuyas fases y fechas de difusión se definirán una vez que se concrete el calendario de ejecución del proyecto global.



[Figura 14, capítulo4: Portadilla video 2, Consentimiento Informado]



[Figura 15: Recorte del video, campaña Ponte a Prueba]

Familia Gráfica

Tipografía	
<p>Romeral (modificada)</p> <p>De mucho carácter, amplia y de rasgos sólidos.</p> <p>Evocadora de trazos con plumones tipo bisel con lo que los presos cuentan y que utilizan para rotular sus celdas y paredes.</p>	 <p>ABCDEFGHIJKLMN OPQRSTUVWXYZ</p> <p>abcdefghijklmn opqrstuvwxyz</p> <p>1234567890</p>



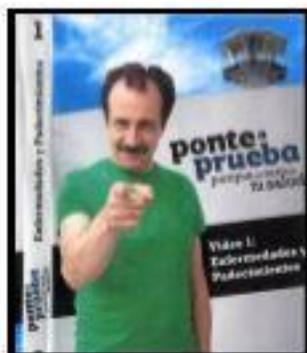
[Figura 16: Cortinilla video campaña Ponte a Prueba]

Identidad Gráfica	
Colores	
Azul Pantone 239-2C Negro al 60% y 50%	 A vertical rectangular color swatch. The top portion is a solid teal-blue color. The bottom portion is white and contains the text "PANTONE" in a bold, black, sans-serif font, with "2392 C" in a smaller font below it.
Rojo Pantone 89-1C Negro al 90% y 80%	 A vertical rectangular color swatch. The top portion is a solid light purple color. The bottom portion is white and contains the text "PANTONE" in a bold, black, sans-serif font, with "P 89-1 C" in a smaller font below it.

Figura A1.10

Video 1 (Enfermedades)

<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos cognoscitivos 	<p>Objetivos cognoscitivos:</p> <p>Que los internos, familiares y personal que trabaja en los centros penitenciarios conozcan y entiendan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> — Médicos 	<p>Médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cada una de las enfermedades del estudio: transmisión, detección, tratamiento, secuelas y prevención. — Los procedimientos a los que se sometería en el estudio.
<ul style="list-style-type: none"> — Legales 	<p>Legales:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Consentimiento informado. — Derechos de quienes resulten positivos (confidencialidad, tratamiento gratuito). — Uso que se va a dar a la información (anonimato, estadístico).



(Figura 17: Portadilla video 1, Enfermedades y Padecimientos).

Figura A1.11

Video 1 (Enfermedades)	
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos motivacionales 	<p>Objetivos motivacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Que internos otorguen consentimiento informado para participar o no en el estudio. — Que sus familiares y el personal de prisiones los apoyen, porque:
<ul style="list-style-type: none"> — Motivos médicos 	<p>Motivos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Se buscarán enfermedades que no exhiben síntomas hasta que el mal ha avanzado, complicando su tratamiento. — Se detectan a tiempo de tratarlas o se despeja el temor de tenerlas para seguirse cuidando.
<ul style="list-style-type: none"> — Motivos económicos 	<p>Motivos económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Se recibe gratis un paquete de análisis caro. — Es una puerta de acceso al tratamiento gratuito

Figura A1.12

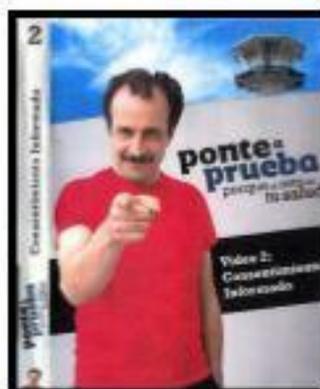
Video 2 (Consentimiento Informado)

<ul style="list-style-type: none"> ● Objetivos cognoscitivos 	<p>Objetivos Cognoscitivos: Que los internos, familiares y personal que trabaja en los centros penitenciarios conozcan y entiendan:</p>
<ul style="list-style-type: none"> — El concepto 	<p>El concepto y requisitos del consentimiento informado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> — La Ley 	<p>Los derechos que da la Ley de Salud a pacientes y participantes en estudios a recibir la información necesaria para fundamentar sus decisiones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> — Organismos de defensa y asesoría 	<p>Los documentos pertinentes.</p> <p>Los organismos encargados de asesorarlos, de cuidar sus derechos y de protegerlos si éstos se ven violados.</p>

Figura A1.13

Video 2 (Consentimiento Informado)

<ul style="list-style-type: none"> ● Objetivos motivacionales 	<p>Objetivos Motivacionales:</p> <p>Que los internos otorguen consentimiento informado para participar o no en el estudio.</p> <p>Que sus familiares y el personal de prisiones los apoyen, porque:</p>
<ul style="list-style-type: none"> — Motivos médicos — Motivos económicos — Protección de la ley 	<ul style="list-style-type: none"> — Además de reforzar los motivos médicos y económicos del video 1... — — Se cuenta con la protección y normatividad de las leyes. — El consentimiento se apoya en un pleno conocimiento del asunto. — Libertad de negarse al estudio completo o a partes.



[Figura 1B: Portadilla video 2, Consentimiento Informado]

Figura A1.14

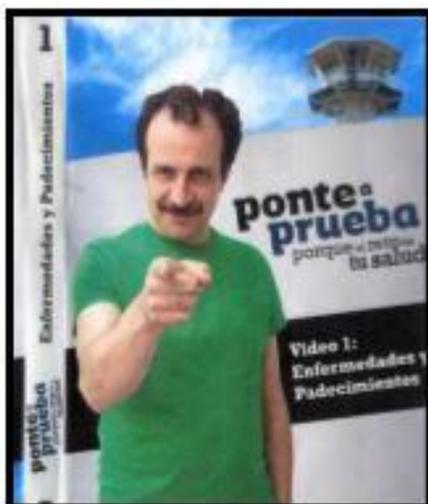
Videos 1 y 2 (Elementos Estructurales)

<ul style="list-style-type: none"> ● Conductor 	<p>Conductor:</p> <p>Contar con una celebridad que avale con su imagen puede ser conveniente, siempre que no represente a un interno, ya que se perdería credibilidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Actores / Modelos 	<p>Actores y/o modelos:</p> <p>El conductor sería el narrador de acciones representadas por otros actores menos identificables.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevistas 	<p>Entrevistas:</p> <p>Se sugiere no incluir entrevistas con internos</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Letreros 	<p>Letreros:</p> <p>Reducirlos al mínimo dado que el perfil mayoritario es iletrado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Imágenes y símbolos 	<p>Imágenes:</p> <p>Pueden suplir o reforzar los letreros.</p>

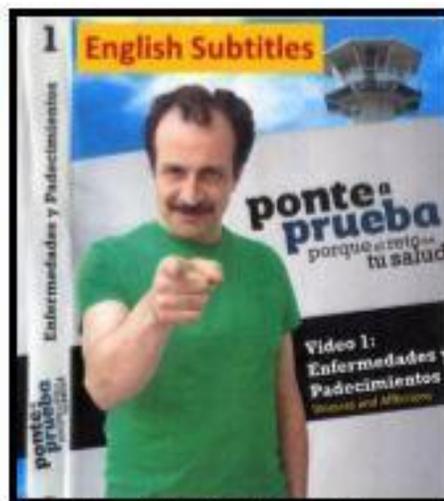
Figura A1.15

Video (Documental)

Realización de un video que documentará todo el proyecto, como el documento testimonial de esta intervención que pretende instituirse como un modelo replicable en otras ciudades o países.



(Figura 19: Portadilla video 2, Consentimiento Informado)



(Figura 20: Portadilla video 1, Enfermedades y Padecimientos con subtítulos en inglés)



(Figura 21: Recorte de video, campaña Ponte a Prueba)



(Figura 22: Recorte de video, campaña Ponte a Prueba)

Apéndice 2 - Entrevistas

La información clave, en formato de entrevistas que resultó de gran utilidad para dar forma a los ciclos metodológicos de la Investigación-Acción; que permite incidir con acciones concretas de comunicación en campo y transformar la realidad de los internos al momento de recibir la información sobre el VIH-Sida y de otros padecimientos, que les permitiría participar en el estudio y conocer sobre su derecho a participar o no en el mismo por medio del Consentimiento Informado. También describo las aportaciones en el contexto penitenciario y el valor de las entrevistas para el presente estudio y su utilidad para el diseño de nuevas estrategias.

A2.1 Relevancia

Las dos entrevistas realizadas para este estudio de caso son de gran valor narrativo, porque además de revelar aspectos claves de la intervención en salud en los centros penitenciarios, muestran el contexto en el que se concibió el estudio, y posteriormente la implantación del programa. Son pertinentes porque permiten ir más allá del diseño del modelo y de las anécdotas en la integración de actores e instituciones clave. Son, en buena medida una fotografía documentada de la intervención cara a cara con los primeros pacientes y médicos que lo conformaron, las vivencias de un grupo de

internos que comenzaron a recibir tratamiento para el VIH, los cambios en su salud y sobre todo, el entorno que nos permite conocer una realidad la mayor de las veces ignorada por quienes habitamos fuera de la cotidianidad de las cárceles de la Ciudad de México.

A2.2 Justificación

El valor de las entrevistas es también sustantivo, se justifica tanto para el diseño de la estrategia de comunicación previa a la campaña, como para evaluar la misma ya que son parte importante de la reflexión del proceso metodológico, en donde uno de los componentes de la Investigación-Acción, es el de obtener información de lo percibido y el contexto modificado, lo que nos permitirá un nuevo y mejor diseño para una siguiente campaña como parte de los ciclos metodológicos, cuya finalidad será siempre la de incidir y llevar un mensaje sensible y creíble con efectos benéficos para una población específica en un entorno complejo, en el que los códigos de comunicación y conducta son particulares y extremos, por lo que a todo el equipo, la experiencia con la campaña para este estudio también nos puso a prueba.

A2.3 Contexto y aportes

El miércoles 14 de junio del 2017, entrevisté a la Dra. Andrea González Rodríguez, Directora del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal, con la finalidad de incorporar la información necesaria y los datos

cualitativos sobre la creación del programa “Ponte a Prueba porque el Reto es tu Salud”, así como la información del contexto sociocultural a considerar para los objetivos de comunicación, el proceso de incorporación de las demás instituciones públicas, investigadores y personas clave que participaron en el estudio, y cómo fue que esto permitió en buena medida blindar la intervención para que se lograra implantar un modelo de atención médica en los centros penitenciarios de la Ciudad de México y finalmente, pero no menos importante, conocer el porqué del nombre que le da sentido a esta intervención en salud pública y comunicación.

Posteriormente, el martes 18 de julio de 2017, entrevisté al Dr. Florentino Badial Hernández, actual Director Médico de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa Doctor Jaime Sepúlveda Amor, quien fue uno de los primeros médicos que estuvo al frente de la atención a los pacientes en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla desde diciembre de 2008 que inició el programa de atención y quien describió en la entrevista; los inicios del proyecto, que van desde la atención médica y el establecimiento de normas, algoritmos y protocolos médicos, hasta los aportes narrativos puntuales que permiten visibilizar y mostrar el contexto en el que se desarrolló la intervención, con los elementos de vulnerabilidad, el estigma y la discriminación asociadas, el trato entre los propios internos, su relación con el resto de la población, inclusive con los técnicos penitenciarios.

Para este estudio de caso, encuentro que los aportes y datos que se revelan en ambas entrevistas han sido de gran utilidad, primero para conocer directamente los objetivos con los que se diseñó la intervención en salud, comprender el alcance y el

soporte que el trabajo académico y de las y los investigadores dieron a la implementación del proyecto, así como de los institutos nacionales y otras instancias locales que participaron en el diseño de modelos de atención a la población, y que llegaron a convertirse en modelos de atención basados en evidencia, y por lo tanto en políticas públicas aplicadas en beneficio de las poblaciones atendidas, lo que permite también un mejor diseño de estrategias comunicativas eficaces que inciden en las poblaciones objetivo.

También encuentro que toda la información del proceso de implementación de la investigación y posterior desarrollo, del modelo de atención supervisada, son de gran utilidad para determinar, por una parte la aceptación de la campaña con las poblaciones clave y por otra para encontrar los momentos en que la campaña funcionó y tuvo una injerencia y efecto directo en la población objetivo y también en qué momento hizo falta reforzar la difusión (que es un componente esencial de la campaña) y cuando se dejaron de promover las pruebas que se realizaban y el estudio concluía y cómo es que en los centros penitenciarios continuaron utilizando algunos de los materiales de la misma, a demanda de las actividades cotidianas de los médicos, personal de enfermería y de las personas privadas de su libertad. También las entrevistas nos revelan una serie de fotografías narradas de la vida en prisión, de las vivencias de alguno de los doctores y sus pacientes y las interacciones que permitieron ir haciendo los cambios y ajustes en el modelo de atención supervisada en los centros penitenciarios.

A2.4 Entrevista con la Doctora Andrea González Rodríguez, Directora del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA del Distrito Federal.

P1. ¿Por qué se le puso el nombre de “Ponte a Prueba porque el reto es tu Salud”, qué instituciones participaron y con cuáles objetivos?

R1. Dra. AGR. -Cuando entramos y vimos la situación que tenían las cárceles y la situación de la desconfianza de los internos sobre los servicios de salud, y el hecho de que no hubiera habido nunca una campaña, ósea, de hecho nosotros entramos a hacer un programa y nos dimos cuenta que tenía que haber una campaña, que tenía que haber una respuesta.

Previo a eso habíamos entrado a hacer el cerco epidemiológico por Influenza en 2009 ósea, de hecho ahí surge la idea de la campaña, porque el cerco epidemiológico nos hizo recorrer las cárceles completas, y darnos cuenta que en general, a los internos se les pedían cosas sin ninguna explicación, entonces entramos en la lógica de que pedir consentimiento informado para una población que estaba interna en centros penitenciarios, con mecanismos coercitivos y a los que nunca se les informaba nada, ósea en realidad ellos asumían el consentimiento como una obligación, y no buscaban entender qué pasaba, por eso se buscó hacer la campaña que hacía realidad el consentimiento informado, de hecho uno de los dos videos es sobre el consentimiento informado, y explica de forma clara que se pueden negar al diagnóstico de alguna de las enfermedades etc. Entonces lo que buscábamos era que ellos entendieran lo que íbamos

a hacer, entonces eso implicaba una campaña, yo podría decir además que esa campaña tuvo mucha importancia en ellos, pero también en los custodios porque también los custodios están acostumbrados a hacer lo que les ordena sin tener la información suficiente, así es ese medio, entonces por eso se decide hacer, cuando decidimos hacer la campaña buscamos un lema para la parte de diagnóstico y la lógica era ver cuál era la idea de la mayoría de los internos que eran hombres y en donde teníamos el mayor número de casos, que es un espacio en donde prácticamente el mecanismo de sobrevivencia, es no hacerse ni sentirse vulnerables, es una forma, digamos más guerrera de ser, yo creo que también es un medio muy machista, pero además guerrero, entonces a partir de esto también buscamos imágenes que logran expresar, y hubo una foto muy importante del fotógrafo Carlos Somonte, que estaba expuesta en un espacio comercial de la Col. Condesa que forma parte del libro (Transgresión, Creación y Encierro Encuentros. 1998 Universidad Iberoamericana)

La foto es un poco la actitud, de lo que es, digamos el estándar o el alter-ego de los internos, ósea es esta parte que no es de sentirse vulnerable si no del reto, todo el tiempo se están retando, todo el tiempo lo que interesa es un reto frente a los otros, entonces pues las dos cosas que hubo fue ese nombre Ponte a Prueba, que de hecho quien da el nombre es quien después realiza un primer video de entrevistas a internos que vivían con VIH, y es el poeta Eduardo Vázquez, actual Secretario de Cultura del gobierno de la Ciudad de México, y por otro lado, esta propuesta que decidimos hacer, que era no hacer solo la prueba de VIH, si no más bien hacerles una serie de pruebas buscando, por un lado

normalizar la prueba respecto de otros diagnósticos que también pueden ser muy complicados, en segundo lugar, a la hora de entregar un resultado el resultado positivo puede ser a diabetes, puede ser a hipertensión arterial, puede ser a hepatitis o puede ser a VIH, entonces eso también permite guardar la confidencialidad, en un espacio donde la confidencialidad es muy difícil de preservar, de alguna manera es así como queda esa la historia o el por qué del nombre de la campaña, y si es muy importante decir que de inicio era hacer sólo una campaña de detección VIH, y se decidió hacer la inclusión otras pruebas, como lo discutíamos y como hablábamos de eso, era como crear un caballo de Troya, es decir que estuviera la prueba de VIH dentro del paquete de pruebas, se podían negar solo a la de VIH cosa que no paso y te diría años después, ósea actualmente, suele pasar lo contrario, que te digan que solo quieren la de VIH es decir, si se hizo este efecto de normalizar en el ambiente el diagnóstico de VIH, en la última campaña que se hizo fue en 2014 en Santa Martha Acatitla, fue muy frecuente los que decían que no querían las otras pruebas y que solo querían la de VIH.

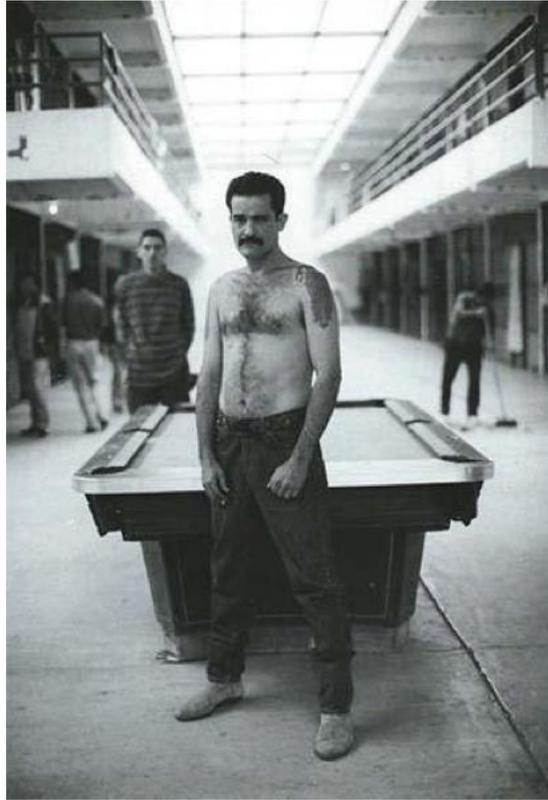


Figura 3.1 (Fotografía de Carlos Somonte) libro Transgresión, Creación y Encierro Encuentros. 1998 Universidad Iberoamericana.

P2. ¿Cuáles fueron y cómo se involucraron otras instituciones e investigadores?

R2. Dra. AGR. En primera instancia fue el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y aquí hubo una iniciativa de un investigador que es el Dr. Stefano Bertozzi, que ya había desarrollado trabajos en cárceles en otros países, fundamentalmente en **África**, además sabemos que existen los lineamientos del ONUSIDA que establecen que la población en cárceles es una población con prevalencia más alta que la población en

general, y no se tenía un diagnóstico de lo que había, y el objetivo era realizar una intervención en salud, de la que **obtuviéramos** un **diagnóstico** y un mecanismo para atender el problema, dependiendo del tamaño que tuviera, por ejemplo si **hubiéramos** encontrado una prevalencia más alta por el uso de drogas inyectables seguramente la intervención hubiera sido diferente, pero si **necesitábamos** saber con precisión cuál era la circunstancia. Para hacer una intervención y un diagnóstico, en general una **institución** de servicio como la Clínica **Especializada** Condesa, no es **suficiente**, para lograrlo se necesitó el diseño de un proyecto y la competencia de investigadores, en principio entró el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Nutrición (INN) entró a participar porque para poder hacer el diagnóstico, se requería hacer un proyecto de atención, porque no se tenía un proyecto de atención supervisada en el país, entonces ahí fue Nutrición que es concretamente con la participación del Dr. Juan Sierra Madero quien acepta diseñar la intervención de supervisión de la atención médica en tercer nivel de atención, buscando los mejores estándares posibles; atención con médicos generales, pero supervisados por médicos especialistas y en este caso con uno de los de mayor experiencia en el país, que era el Dr. Sierra, esta es la razón por la cual participa el Instituto Nacional de Nutrición.

En la parte del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) son dos circunstancias por la que se incorpora, una de ellas es porque cuando llegamos encontramos muchos problemas y complicaciones por Sida, tan solo el 30% de los pacientes estaban en control virológico y había complicaciones serias, y el INCAN es el espacio que trata los cánceres asociados al Sida, por lo que todos los casos se iban para

allá, y por otro lado también se sumó la participación de una Investigadora que es la Dra. Patricia Volkov que tenía un interés especial en el tema de cárceles y especialmente en mujeres, entonces la Dra. Patricia participó en la parte de diagnóstico también y en el diseño de la parte de atención de Sífilis, que fue un hallazgo mayor de lo que esperábamos, nosotros pensábamos que hepatitis y VIH iban a estar altos, pero Sífilis en mujeres sobre todo estuvo altísimo y Patricia Volkov ha participado en proyectos de mujeres y ha sido una absoluta promotora del acceso a los servicios de esa población.

Como proyecto de investigación también participó otra institución en la parte de servicios que es Hospital General "Dr. Manuel Gea González" con el Dr. Rafael Valdés quienes nos ayudaron con toda la parte de Tuberculosis (TB), que fue otro hallazgo importante; en cárceles los hallazgos fueron efectivamente obtener las prevalencias que aparecen en el artículo y la atención de la población, hoy en día esa población cuenta con los estándares de atención los más altos del país. Pero también nos encontramos con una prevalencia muy alta de Tuberculosis, actualmente si hay un control de la TB en personas con VIH en centros penitenciarios, hay un algoritmo establecido, pero en el momento en el que esta alta incidencia y alta prevalencia de TB en pacientes con VIH estuvo la participación del Hospital GEA y el Dr. Rafael Valdés colaboró y participó activamente.

Al termino del proyecto de investigación, lo que quedó instalado fue un proyecto de servicio con algoritmos diseñados por investigadores, en muchas ocasiones y ante ciertas circunstancias estos investigadores y sus instituciones hoy continúan participando, aunque no haya un proyecto de investigación activo, pero participan en la parte de atención o asesorando circunstancias que ocurren de pronto entre el grupo de usuarios en

el programa de diagnóstico. Lo que es una forma de hacer política pública, la diferencia de asociarse a instituciones académicas y de investigación, es que puedes diseñar las intervenciones, entonces sí basado en evidencia, así lo que finalmente hoy tenemos en centros penitenciarios es un programa basado en evidencia, a eso se refiere, lo que está basado en evidencia no significa que lees algo y lo haces con base en eso, si no que obtienes la evidencia de un contexto en el que estás y a partir de ese contexto diseñas la intervención que vas a hacer y los algoritmos, eso tiene una parte que se diseña desde la academia, desde la investigación y desde la experiencia en el campo, y otra parte que se adapta a la realidad, a los contextos, y yo te diría que hasta al perfil de los usuarios y las usuarias, y eso es lo que se llama exactamente un programa basado en evidencia.

P. 3 ¿Considera que la campaña fue de utilidad para la investigación y el proyecto? ¿Qué problemas cree que existen en la comunicación del VIH-Sida en el contexto penitenciario en la Ciudad d México?

R. 3 Dra. AGR. En primer lugar te diría que esa es la única campaña que se ha hecho dirigida a internas e internos, ¿qué problemas creo que hay? por un lado, creo que hay poca atención en el tema de darles información en salud a estas poblaciones, si hay campañas que utilizan en otros contextos que se llevan a los centros penitenciarios y que tienen algún efecto, pero lo que tenía esta es que estaba dirigida, y no solamente estaba dirigida a internos e internas si no a sus familias, por ejemplo tuvimos un efecto, sobre todo en el caso de los hombres, en donde las mamás veían las postales y los carteles, de hecho adrede pasábamos los videos en días de visita, porque las mamás y las esposas eran

muy efectivas en convencerlos en que se tenían que atender, creo que las internas y los internos en centros penitenciarios, sus niveles de prioridad de sobrevivencia en ese medio un medio que es muy hostil, el propio tema de tener un grupo de seres humanos privados de libertad, hace que el ambiente sea muy difícil, muy tenso, muy violento de pronto entonces sus prioridades de sobrevivencia no son las mismas que uno quiere que sean, son otras el tema de comunicarse entre ellos es diferente. La segunda, el tema de dirigirse a ellos tiene mucho que ver con un ejercicio (que tu hiciste muy bien) que era esta parte en donde ellos están pensando cuando van a salir, ósea si están pensado en que van a salir la gran mayoría, recordemos que la mayoría ósea están periodos cortos en los centros penitenciarios y luego se van y hay una familia esperándolos afuera entonces es un espacio también para atender a las familias, no solo a ellas y a ellos, eso es un mensaje que está muy claro en la segunda parte de la campaña por ejemplo y que este así de claro en la segunda parte de la campaña es porque fue un aprendizaje de la primera parte, ósea que las familias eran fundamentales, entonces creo que es otro de los temas difíciles, ósea el contexto, su prioridad no es la salud, tienes muchas otras poblaciones en donde su prioridad no es la salud, pero en esta de verdad no lo es, y un otro elemento que es fundamental cuando tu en esos contextos de vulnerabilidad, entre otros, personas privadas de su libertad, cuando haces una campaña tienes que saber que vas a poder responder a la expectativa sabes que traes con la campaña más que en ningún otro caso, ósea tienes personas que, independientemente de lo que hallan hecho ellos y la razón por la que estén, también la sociedad les falló, entonces el nivel de desconfianza que tienen, están en conflicto con el estado ósea el estado los confinó, les quitó la libertad entonces el

nivel de confianza que tienes por lo tanto es muy malo, entonces necesitas que la expectativa que propones la puedas cubrir, no se te puede pasar, porque entonces la desconfianza es mucho mayor que en poblaciones con menos niveles de marginación o que no están en conflicto con el estado y el tercer obstáculo, quizá sea el primero, está idea de que el tema de no atención en salud es parte del castigo, que esa es una idea que a veces tiene el sistema a veces tienen ellos mismos, yo creo que la mayoría tienen culpa, no necesariamente frente a la sociedad, pero la mayoría tiene culpa frente a su familia, la idea que tienen de que la atención médica es algo que les está negado por que se equivocaron, porque cometieron un delito la tienen ellos, la tiene el sistema, y si no el sistema las personas que lo componen por ejemplo seguridad, los médicos que atienden ahí, y si tu haces una encuesta en la calle la gente te dice que están en la cárcel para castigarlos y no tiene porque atenderlos, es parte del castigo la no atención, esa idea que es equivocada, porque el castigo es la pérdida de la libertad esa es la coacción, pero el tema de salud se mantiene intacto conforme a todas las leyes y todos los tratados que ha firmado el país pero es decir si tienes que entrar a convencerlos -incluso a ellos- de la parte del principio del derecho a la protección de la salud como un principio que no perdieron y que es un derecho humano que no pierden. Perdieron la libertad, pero no el derecho a la protección de la salud y el derecho a la protección de su salud no lo perdieron, ellos piensan que sí, entonces entra a una conversación sobre salud y es muy complicado.

La gente que entra a los centros penitenciarios mujeres y hombres en general vienen de contextos de violencia social de pobreza muy altas, y son personas que son

muy difíciles e que accedan a servicios de salud afuera de la cárcel, por lo que el hecho de brindar los servicios dentro de la cárcel es una oportunidad para el sistema, en el caso de VIH concretamente diagnosticarlos y darles tratamiento es un elemento que te evita nuevas infecciones no solo a la persona que recibe el tratamiento le da esos beneficios, si no también a sus contactos a la comunidad cuando está en el centro penitenciario y cuando sale y si piensas en diabetes, si lo diagnosticas y lo tratas a tiempo, ósea reduces mucho la posibilidad de que no se complique, y te diría que, la rutina del medio penitenciario es un elemento que puede ser muy útil para conseguir la adherencia a los tratamientos de forma oportuna, sabemos que esa oportunidad fuera de los centros penitenciarios con la misma población es muy difícil, entonces si es una oportunidad ósea es costo efectivo absolutamente el tratamiento a las personas en los centros penitenciarios. (Final de la entrevista)

Encuentro también que, como resultado de esta primera entrevista, mucha de la información para la elaboración del proyecto de investigación y posteriormente para la implementación del programa de atención del VIH-Sida en los centros penitenciarios surgió de la observación en campo, en el trato con las personas privadas de su libertad y en el comportamiento que se da en un ambiente de reclusión, en el que se incluye; la discriminación, el machismo, la vulnerabilidad de la vivencia con VIH y sobre todo sus relaciones con sus familias, sus parejas y las relaciones que se dan al interior entre ellas y ellos mismos. Todos estos elementos de alguna forma estuvieron presentes al determinar los objetivos motivacionales y cognoscitivos en los guiones. Aunque la observación en campo y la aceptación de la campaña no se midió con algún cuestionario o encuesta

posterior, si hubo aceptación total para participar en el estudio, además de que los materiales de la campaña (Videos, postales y carteles) continuaron en uso una vez terminado el estudio. Considero que varios de los hallazgos mencionados en las entrevistas fueron de mayor utilidad para la producción de la segunda etapa de la campaña: Ponte a Prueba II, que no es objeto del presente caso.

En la siguiente y segunda entrevista el objetivo fue conocer más el proceso de la atención de los primeros pacientes en Santa Martha Acatitla, acercarnos a los detalles del inicio del Programa Atención en toda forma, para contar con información directa las impresiones y reacciones de los internos que padecían la enfermedad y no habían iniciado tratamiento, así **como** algunos aspectos biopsicosociales en reclusión de la infección por VIH.

A2.5 Entrevista con el Doctor Florentino Badial⁷, Director Médico de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa Doctor Jaime Sepúlveda Amor

P1 ¿Cómo empezó el Programa de Atención Supervisada en los Centros Penitenciarios de la Ciudad de México?

⁷ N.B. uno de los primeros médicos que participó en el programa Ponte a Prueba en su primera etapa.

R 1 Dr. FBH – En el año 2008 pasaron por Santa Martha Acatitla, que es el lugar donde se concentraban y se siguen concentrando a los pacientes con VIH, para que pudieran recibir atención médica. Pasaron por allí al menos 100 internos con VIH, unos entraron otros salieron, otros ya estaban desde antes y algunos fallecieron, cuando empezó el programa, la primera visita fue el 22 de diciembre de 2008 había 80 internos allí viviendo con VIH identificados en Santa Martha. El modelo anterior era de referencia, y consistía en que a los internos se les llevaba a Clínica Especializada Condesa para que recibieran atención allá pero era un modelo que no estaba funcionando adecuadamente porque algunos internos no solicitaban la consulta o no aceptaban el traslado o no se hacían los trámites, o había cualquier otro obstáculo que podía impedir que llegaran a su consulta médica a la Clínica Condesa. Entonces se planteó un primer modelo que consistía en que médicos de la Clínica Condesa fueran con el Doctor Juan Sierra al Instituto Nacional de Nutrición, la Dra. Patricia Volkov del Instituto Nacional de Cancerología, y algunos otros a dar la consulta adentro del reclusorio, entonces la primera consulta fue el 22 de diciembre del 2008, en esa época yo me acerque al Dr. Juan Sierra y a la Dra. Andrea González y pensamos en un modelo nuevo, que consistía en tener un médico permanente del proyecto de cárceles que se estaba desarrollando ente la Clínica Condesa, el INSP y el INCAN, que este proyecto destinara para la consulta adentro del reclusorio asesorado por un experto en VIH que en este caso sería el Dr. Juan Sierra entonces se hizo una segunda visita el 04 de febrero con médicos de la Clínica Condesa con el Dr. Juan Sierra, digamos que con el modelo anterior eran varios médicos que daban esa consulta, pero a partir de ese día se cambio el modelo de atención por uno

de atención supervisada, y entonces tuvimos una presencia permanente de un médico que era yo, 4 días a la semana en la penitenciaría de Santa Martha Acatitla, tanto dando la consulta, como atendiendo a los hospitalizados con la asesoría del experto que era el Dr. Juan Sierra.

P 2 ¿Cuál era el horario de atención?

R 2 Dr. FBH Era un horario variable, había días que estaba en las mañanas, había días que estaba en la tarde, era un día en la mañana un día en la tarde en fin no era un horario fijo todos los días. Pero lo que sí me permitía tener ese horario era programar las citas, y tenía comunicación con los internos, entonces les decía tu cita es tal día tal hora entonces ellos ya sabían y se presentaban. Tuvimos un acuerdo con las autoridades del Sistema Penitenciario para que los pacientes citados pudieran tener acceso fácil al área del hospital porque normalmente ellos van y piden la consulta a las autoridades porque se sienten mal, y quedó como un proceso diferente es un proceso el de las consultas generales, donde ellos tienen que apuntarse en una lista y entonces los médicos del sistema médico penitenciario tiene un número de lugares y entonces les dan acceso a los que llegaron como prioritarios y luego tienen un sistema para urgencias etc. Así entonces nosotros creamos un nuevo sistema para poder definir quienes venían a la consulta y esos no tenían que hacer fila, ellos ya tenían su cita programada les dábamos un pequeño carnet enseñaban eso al custodio y decían que tenían que tenían cita conmigo y los dejaban pasar directo sin hacer filas, y aparte estaban los que tenían una urgencia,

entonces ellos tenían dos maneras de solicitarlo, una era avisando a la técnica del sistema penitenciario que estaba dedicada a ello, que es una psicóloga que sigue trabajando colaborando con el equipo por parte del sistema penitenciario, y ella me avisaba y yo les daba una cita urgente el mismo día o a través de los mismos médicos del sistema penitenciario me llegaba la solicitud de una situación urgente, entonces para mi era fácil atenderlas el mismo día y los dejaban pasar pero el sistema ordinario eran citas programadas que facilitaban mucho el acceso de internos a la zona del servicio médico y además la técnica penitenciaria, la psicóloga, daba rondas por el Dormitorio 10, para hacer detección de necesidades.

P 3 ¿Por qué los rondines en el Dormitorio 10?

R 3 Dr. FBH- Dentro de los diferentes dormitorios de la penitenciaría de Santa Martha, dedicaron este dormitorio para la población de internos con VIH, desde antes que empezara el programa, pero no es un aislamiento porque no es un dormitorio que este aislado de los otros dormitorios sino una concentración, que al final les resultaba, creo yo, conveniente dentro de las condiciones, porque de hecho nunca -por lo menos a mi nunca me dijo alguno de los pacientes que prefería estar en los otros dormitorios, si me tocó uno, sí perdón, si detectamos a uno que me dijo “sí me quiero quedar en el dormitorio en el que ya estoy”, y le dije yo no tengo problema, tu ven a tus citas programadas yo no necesito que estés en el Dormitorio 10, no era obligatorio, pero para

ellos si era conveniente porque tenían ligeramente menos hacinamiento, el dormitorio estaba un poco más tranquilo tenían incluso un jardín.

Había el rondín de la psicóloga haciendo detección de necesidades, y si tenían algunas cosas más cómodas que otros dormitorios entonces en general les convenía, tenía la desventaja de que al estar en Dormitorio 10 casi era seguro de que se trataba de una persona con VIH entonces era difícil esconder el diagnóstico.

P 4 ¿Qué cambió entonces ¿Qué es lo que cambia en la vida de los internos a partir del nuevo modelo de atención y el inicio de las primeras consultas?

R 4 Dr. FBH Radicalmente, ellos ya estaban en el Dormitorio 10 cuando nosotros llegamos, el primer cambio es que tienen acceso rápido y fácil a la atención médica, y atención médica especializada en VIH, porque antes si tenían atención médica de los servicios médicos penitenciarios, y la atención médica de una Clínica Especializada en VIH, la tenían pero era de acceso más complicado porque tenían que ser trasladados con custodios, con camioneta hasta la Clínica Condesa, en cambio aquí lo único que tenían que hacer era decirle a la psicóloga o al médico o a mi, que necesitaban una consulta y si era urgente la programábamos el mismo día o en un espacio más próximo y no era más que decirle al custodio que tengo cita con el Doctor. Y siguen siendo cuatro días a la semana pero ahora no es solo un médico, ahora van tres médicos, y hay días en los que sí coinciden dos médicos; los lunes hay dos, los martes no va ninguno porque son los días en que todos los médicos que atienden están en la Clínica Condesa en su reunión semanal

de coordinación, dedicada a los pacientes de reclusorios desde la Clínica Condessa, ahí revisan los casos y van tomando decisiones y cosas por el estilo.

Entonces básicamente el cambio para estos internos era el acceso a una consulta médica rápida, que permitía atender situaciones delicadas, después los que tenían algún cuadro delicado los hospitalizábamos dentro del mismo reclusorio o los referíamos a un centro de especialidad, y la verdad es que el proyecto nos dio acceso a través de los institutos nacionales de Salud Pública, Cancerología, Nutrición y de Enfermedades Respiratorias, acceder al Hospital Manuel G.A. González para lograr hospitalizar a los internos que requerían alta atención y alta especialidad porque estaban delicados, y necesitaban un abordaje de mayor especialidad, que antes no tenían.

P 5 –¿Qué cambio hay en la forma de pensar de los internos con el modelo de atención supervisado?

R 5 Dr. FBH –Hubo un caso paradigmático, que creo que ayudó a cambiar el pensamiento a los internos, los médicos cuando tenían un interno muy grave, lo internaban en un cuartito del hospital que los internos le decían “la pista del despegue” porque el que entraba ahí se moría, y no es porque el lugar estuviera mal, sino porque la atención especializada antes era de muy difícil acceso, el primer caso que internamos con el nuevo modelo fue de un interno que tenía tuberculosis y llegó pesando muy poquito, creo que menos de 40 kilos, estaba de veras muy mal. Lo tuvimos internado ahí creo que 3 meses algo así, y con el tratamiento para la tuberculosis, suplementos alimenticios y

con el antirretroviral salió caminando con sus dos pies y regreso al Dormitorio 10 y eso para los internos fue todo, ¡ah! Algo ahora es diferente ¡Porque el que se iba a morir no se murió!

La segunda cosa que cambió, fue que uno de los líderes que estaba muy informado sobre el tema del VIH, llegó y me dijo, “Doctor yo no me tomo el antiretroviral porque aquí ha habido mucho desabasto y si yo me lo tomo a veces si a veces no, el virus se va a hacer resistente en mi cuerpo ¿si o no Doctor? Mis respetos para este interno que era un hombre heterosexual que se infectó por un abuso sexual de su padrastro que vivía con VIH pero no era un caso típico; era una persona muy informada que tenía casi 20 años ahí y se las sabía todas. Y me dijo: “Si usted se compromete conmigo a que no va ha haber desabasto, yo me empiezo a tomar el medicamento” y yo le dije, me comprometo contigo y la verdad sufrimos, a veces tuvimos que ir personalmente por medicamento a la Clínica Condesa a traerlo a la cárcel para que hubiera. Reorganizamos el sistema de abasto, reorganizamos el sistema de farmacia y durante mucho tiempo no tuvimos desabasto hasta que un día, hubo desabasto nacional y de verdad que en la Clínica Condesa me apoyaban y me **apartaban** pastillas para los internos por lo menos para sacar las tomas del día, y al otro día me conseguían otras, ese día en especial faltó la pastilla de ese interno, pero ya después de un año y medio de que estaba tomando su tratamiento súper bien y todo, y lo mande llamar para presentarle una disculpa porque había fallado a mi compromiso, y explicarle que era el desabasto era nacional, y me dijo, “No doctor no se preocupe porque primero yo ya he visto que sí se comprometió y estoy seguro que esto no es su culpa, y segundo, por un día mi virus no se

va a hacer resistente” o sea si sabía (risas) y además él era lindo con el dormitorio, ayudaba era muy positivo, había un líder más, digamos tenía otros negocios y entendió el tema de VIH y en las noches cuando repartían la piedra para fumar, el líder decía nadie más puede fumar, a nadie más se le va a dar una piedra hasta que no vayan por su medicamento y se lo tomen, que en ese tiempo eran Truvada y Efavirenz, y yo les decía tómatelo a las 10 de la noche, y él sabía los horarios y era un horario fácil para ellos para tomarlo, entonces todos tenían el mismo horario y todos estaban en le mismo dormitorio, “estés como estés a mi no me importa vas por tus pastillas o ya no fumas” entonces ahí iba el interno todo “lampareado” por la piedra le traía las pastillas se las tomaba enfrente y entonces ya podían seguir fumando su pipa, no se las daba yo sino el equipo de enfermería hacía la entrega del antiretroviral todos los días a las 10 de la mañana pero no se la tomaban en ese instante, se la llevaban y en la noche se la tomaban por prescripción médica. Así el modelo también se fue ajustando conforme a la participación de los internos en su aplicación.

P 5 ¿Con cuántos pacientes empezaron y cuántos tienen actualmente?

R 5 Dr. FBH -Empezamos con 80 que ya estaban diagnosticados, y hoy hay un promedio de doscientos diez, pero en todos estos años del 2009 a la fecha 2017 se han atendido a más de 600 internos entre hombres y mujeres. Algunos salen y otros mueren, pero la mortalidad es el dato más impresionante, en el 2008 antes de iniciar el programa hubo alta mortalidad, una tasa de 9 por cada 100 internos, 8.9 por cada 100 fallecieron de

acuerdo a los expedientes que pudimos consultar por cuadros relacionados al Sida. Después de haber aplicado el programa en 2011 solo tuvimos un caso de muerte entre 140 internos que se atendieron ese año, ese además fue un caso que llegó con daño muy avanzado a su sistema nervioso central, ni siquiera era de los que teníamos en control, pero de los que teníamos en control en Santa Martha no hubo ni una muerte más.

P 6 ¿Cuales eran los temores, dudas y resistencias de los internos ante el tratamiento?

R6 Dr. FBH –Mira había varias, unas por los efectos, pero el tema de los efectos lo abordábamos porque como algunos tenían algún efecto los atendíamos inmediatamente el mismo día y muy pronto, al ver qué efecto le está dando el medicamento, los atendíamos e incluso les cambiábamos el esquema, o sea, no era tan complicado resolver el tema de los efectos, y ese temor se fue quitando, otra molestia para algunos era tener que ir a recoger su medicamento todos los días, sobre todo, los que tenían que trabajar entonces les pusimos un sistema en el cual ellos podían con una carta firmada autorizar a otro interno para recoger su medicamento por ellos entonces ya no me acuerdo si tenían que poner su foto, pero el chiste es que había un interno que podía recoger el medicamento del otro interno entonces eso lo resolvió.

P 7 ¿Cómo viven el estigma y la discriminación asociada respecto de vivir con VIH, tanto los ya saben, los que están en el dormitorio y qué pasa con los otros internos?

R 7 Dr. FBH – Fue una cosa tremenda, porque el grupo era muy agredido al principio porque había muchos que estaban muy deteriorados en su salud etc. Y los otros internos de los demás dormitorios, les gritaban cosas como: “muerto” les gritaban “sidoso” esos son los que me acuerdo.

P 8 - Y ¿los agredían físicamente? ¿los golpeaban?

R 8 Dr. FBH– Que yo supiera no por esa causa, pero si verbalmente, digo agresiones físicas si había pero por otras causas.

P 9 -¿Así vivían el estigma y la discriminación, pero después se fueron fortaleciendo?

R 9 Dr. FBH –Se fueron fortaleciendo porque en el espacio conforme se fueron haciendo detecciones, fue creciendo el número de internos llegaron ya en mejores condiciones de salud, los que ya estaban recibían tratamiento y eran más numerosos se encontraban mejor y podían defenderse de todo, entonces obviamente, así me lo contaron, el estigma bajo mucho y luego ya eran tantos que ya no te quieres meter en problemas tampoco (risas) con un grupo tan grande.

P 10 -¿Qué elementos convence a estos internos que están detectados con VIH de la intervención; los médicos, el carisma, las batas blancas, las enfermeras amables,

sentirse especiales porque tienen acceso a un tratamiento? Porque por lo que entiendo y lo que nos ha explicado en la entrevista anterior, la Doctora Andrea González, es que resulta mucho más fácil, incluso poder atender una población así, que a otros que no viven en reclusión y que van a la Clínica por su tratamiento y después ya no regresan.

R 10 Dr. FBH –Si, porque de hecho también es más fácil para un interno con VIH tener acceso a atención médica hoy en día, que a veces a un interno que no tiene VIH y requiere atención médica para otra cosa, o sea, que pasaron de ser una población que estaba en desventaja con respecto de los otros internos con este programa, a tener un acceso más fácil que otros y entonces pues eso ayuda. Y otro mensaje importante es el de la esperanza de vida, o sea tienes una enfermedad que te puede matar en un plazo relativamente corto, pero si recibes atención médica tu esperanza de vida y tu calidad de vida van a ser buenas, entonces esa es una motivación absoluta, y yo creo que también ciertamente la empatía y el trabajo en equipo, tanto el equipo que hacía las pruebas de detección, como el equipo de atención que se fue desarrollando en Santa Martha, para hacer una atención digna, humana, etc. Ayuda mucho a que los internos acepten la atención, a establecer una buena relación entre los servicios de salud, médico, enfermera, el psicólogo, el paciente interno etc. Crean un vínculo de confianza pues de verdad también, ¿por qué no? De hablarles con veracidad, de decirles las cosas claramente y darles ese espacio de lo que deciden, si toman el tratamiento, deciden si aceptan el traslado, si aceptan la prueba, si confían en nosotros, todo eso en la cárcel no es habitual, pues ahí no hay espacio para tomar muchas decisiones y nadie les esta pidiendo su

opinión y su confianza, y ofrecerles eso, si dice órale acepto o sea sí les da un espacio de vinculación.

P. 11 –De alguna manera complementas la información de la Dra. Andrea. Ahora revisemos el tema de la comunicación, de cómo se comunicaba y cómo se informaban de este tema. Ya revisamos la primera parte de la implementación del programa, de cómo inicio, de sus ajustes, de cómo ha cambiado la vida de los usuarios, de sus dudas, sus resistencias, del estigma, de cómo lo viven y del significado de estar atendidos y no morir. ¿Qué problemas había en ese momento en la comunicación de lo que significa vivir con VIH Sida en el contexto penitenciario, y en qué mejoró?

R 11 Dr. FBH – Bueno ciertamente había varios medios de comunicación con los internos, uno; yo creo muy importante era la comunicación directa en la consulta, con las herramientas del diálogo y en ocasiones de algún folleto, en ocasiones de algún dibujo y para explicarles el virus, explicarles como funcionan los antirretrovirales etc. Y resolver sus dudas ese diálogo directo en la consulta médica o con la enfermera o con la psicóloga o con quienes fueran para resolver algún tema personal, de duda o de información, eso es la primera, la segunda es que durante todo el periodo hubo algunas intervenciones de la Clínica Condesa, o de Organizaciones de la Sociedad Civil en el Dormitorio 10, con temas de capacitación incluso fueron médicos a dar los temas alguna vez, yo mismo, en fin varios que fuimos al dormitorio a darles una plática a explicarles la importancia del tratamiento etc. Y otras vez fueron Organizaciones de la Sociedad Civil. Pero yo creo que

la comunicación más poderosa en el reclusorios sin duda alguna es la de boca en boca entre ellos, o sea una vez que había un interno convencido del tratamiento tenía mucho más poder de convicción sobre otros que nadie o sea, “no seas pendejo tomate tu medicina ve con el doctor etc.” Y ellos mismos venían a abogar por sus compañeros con nosotros, entonces el trabajo que hacían entre ellos era multiplicador absolutamente y sin duda alguna era el más poderoso.

P 12-¿Crees que la campaña Ponte a Prueba porque el Reto es tu Salud, con sus videos, carteles y postales y con la presencia del actor Daniel Jiménez Cacho, ayudó para realizar el tamizaje que se aplicó en los centros penitenciarios?

R 12 Dr. FBH –Creo que definitivamente sí sirvió, porque cuando comparamos los estudios internacionales que se han hecho en reclusorios, respecto de la oferta voluntaria para realizar pruebas de VIH, en el mundo con respecto a lo que pasó en México estuvo muy bien, ya que tres cuartas partes de todos los internos a los que se les ofreció la prueba la aceptaron, y eso es muy alto en un reclusorio, también es muy alto en mujeres, más del noventa porciento. Y es un porcentaje de aceptación muy alto, comparado incluso en poblaciones de alto nivel educativo, si ahí tu llegas a ofrecer una prueba en un salón o en una Universidad no vas a tener ese porcentaje de aceptación tan alto entonces yo creo que eso sí fue muy bueno, claro ayudo el presentar la prueba de VIH en un paquete de pruebas de salud, en un paquete de Diabetes de Sífilis de Hepatitis de Síndrome Metabólico, Hipertensión, considero entonces sí ayudo.

También creo que el trabajo de la oferta de pruebas y de concientizar a la población adentro y fuera de los reclusorios tiene que ser un trabajo permanente porque la población del reclusorio siempre es muy fluctuante, y esto no se ha medido en México pero si en los Estados Unidos y considero que en México es muy parecido, se estima que el 25% de las personas que viven con VIH de todo Estados Unidos en algún momento tienen contacto con el sistema penitenciario, aunque sea solo de las cárceles municipales que te detienen por alcohol, 25% o sea la cuarta parte de las personas que viven con VIH tienen una oportunidad para ser diagnosticadas en el sistema penitenciario, o de recibir información y eso implica también que las que no tienen VIH pero son vulnerables al VIH se pueden beneficiar de esta información y de esta oferta de pruebas, entonces la oferta de información, de condones, de pruebas, dentro del reclusorio, es una oferta que vale la pena que sea permanente porque de manera **constante** están entrando y saliendo internos que puede que vivan con VIH o pueden estar en riesgo de adquirirlo.

Finalmente, quiero agregar un tema que, no con todos los internos pega, y la realidad es que como es un descubrimiento más reciente, y es que una persona que vive con VIH y que se detecta y se trata, con ello esta protegiendo a su pareja, a sus parejas, y a su familia, en algunos internos esto sí es muy significativo o sea, si tu te tratas estás protegiendo a tus parejas, a tu pareja, o a tu esposa, o a tu compañero, o lo que sea, para algunos internos eso no tiene relevancia, pero en otros sí y mucha, o sea yo me voy a hacer una prueba porque si tengo VIH y tomo tratamiento, a mi esposa, a mi pareja o a mi compañero, o compañera no le voy a transmitir el virus, ese es un mensaje que podría tener mucho poder, y si que tuvo poder como motivador para que se tomara bien el

tratamiento. Y otro mensaje que también es muy poderoso y que ellos tienen como internos en un reclusorio, es que viven con la esperanza de salir libres, la esperanza de reconstruir su vida, o sea que el vivir con VIH, si lleva los mensajes equivocados puede matarles la esperanza. Pero si se acompaña con los mensajes correctos puede fortalecer mucho esa esperanza, o sea si vives con VIH y estás bajo tratamiento, tu esperanza no muere, al contrario, se fortalece porque te vas a cuidar, vas a recibir atención, pero si el VIH se asocia con la idea de muerte, se asocia con la idea de enfermedad incapacitante y demás, entonces están golpeando la médula misma de su razón de ser, si lo quieres ver así, es que la esperanza de salir libre, es el eje para ellos.

A2.6 Aportaciones y Mensajes

Las dos entrevistas presentadas son parte de una serie de entrevistas que realicé con personal médico, técnico penitenciario y funcionarios del programa de VIH de la Ciudad de México. Ambas destacan por la calidad y detalle de la información que aportan, tanto desde la perspectiva de la salud pública y la comunicación de las poblaciones que viven privadas de su libertad, hasta la mirada a la convivencia con el exterior que tienen, por las visitas que reciben y su interacción con el personal que ahí labora, además se convierten en una ventana que permite conocer una realidad que no se comunica normalmente al exterior de los centros de reclusión, y que es la que viven cotidianamente internos e internas particularmente quienes viven con VIH.

En la primera entrevista conocimos con detalle, el diseño del modelo de atención supervisada y las aportaciones que se sumaron al proceso de parte de las instituciones nacionales de investigación y los servicios hospitalarios y médicos que participaron en el estudio, así como las personas clave involucradas en el desarrollo, también la pertinencia de incluir mensajes en los que se visibilizaran lo cotidiano de vivir en reclusión y sobre todo, las ventajas de contar con información del estado de salud como internos al realizarse un estudio de salud completo. Encuentro que mucha de la información que obtuvimos en campo, y en las entrevistas previas a la producción de la campaña que se utilizó para el tamizaje, resultó de mayor utilidad para la segunda etapa de la campaña en la que el valor de conocer su propio estado de salud, con-llevaba también el mensaje del cuidado de sus familias, parejas y compañeros.

En la segunda entrevista encontré que muchos de los ajustes que se realizaron al estudio en su etapa de implementación y posterior instalación del programa, consideraban elementos humanos y de derechos fundamentales de las personas privadas de su libertad, que antes no se tenían en cuenta. Además del valor de efectividad de la atención y el tratamiento para el VIH cuando están en reclusión, que es muy distinto cuando no lo están y este es uno de los hallazgos; cuando una persona privada de su libertad en tratamiento para el VIH tiene mayores oportunidades de apego a su tratamiento que alguien que está afuera. Otro elemento destacado fue la mención de la existencia de mediciones en los Estados Unidos en la oferta de pruebas de VIH en centros penitenciarios, lo que colocó en la discusión del estudio la efectividad de la campaña realizada, además de que la reconocen útil y como una herramienta de apoyo para el

estudio y para su uso posterior, también coincide con las observaciones y recomendaciones mundiales para realizar un trabajo informativo-preventivo permanente, tal como lo he señalado a lo largo del caso.