

“El desarrollo de la política en prisiones, la legislación, y programas que se encuentran en conformidad con las normas de derechos humanos deberían de estar basados en la evidencia empírica de su efectividad al reducir los riesgos de la transmisión de VIH, una evaluación de los daños y costos del VIH/SIDA y comportamientos de riesgo en prisiones, y la salud de ambos, la población en prisión y el público en general.”

—UNODC, WHO & UNAIDS, 2006¹

Contexto: Uso de droga por inyección, VIH/SIDA y lugares de detención

Más de nueve millones de personas son encarcelados en instituciones penales alrededor del mundo.² Con base en ello, significativamente se subestima el número total de personas que pasa por la prisión cada año, de manera frecuente en períodos cortos de detención.

Más de un tercio de aquellos encerrados en cárceles y en prisiones de alrededor del mundo –casi 10 millones de personas casa año- son detenidos antes del juicio³.

De cuerdo con la OMS, las prisiones son lugares en donde, “Dos de los más grandes problemas de salud pública que enfrentan todas las sociedades se traslapan: la epidemia del VIH/SIDA y el daño pandémico usan sustancias como el alcohol y las drogas ilegales.”⁴ En muchos países, esta intersección provoca altas tasas de enfermedades en la sangre, como VIH y hepatitis C, entre los prisioneros que comparten jeringas para inyectarse drogas. Frecuentemente, los grupos más vulnerables al VIH/SIDA son aquellos que se encuentran en mayor riesgo de encarcelamiento como resultado de sus condiciones socioeconómicas. Por ende, las tasas del VIH y hepatitis C son significativamente más altas entre la población de una prisión que en alguna comunidad fuera de las prisiones.⁵ Esto es frecuentemente exacerbado en lugares de detención por altas tasas de tuberculosis, infecciones transmitidas por contacto sexual, uso de drogas y una pobre salud mental.

La infección del VIH puede extenderse con una velocidad alarmante en prisiones, particularmente entre prisioneros que se inyectan droga. Por ejemplo, en 2002 un brote de VIH entre los prisioneros que se inyectaban droga fue identificado en la Prisión de Alythus en Lituania, durante el mismo, 263 prisioneros resultaron positivos de VIH al cabo de algunos meses. Antes de este brote, las pruebas identificaron solo 18 infecciones de VIH en todo el sistema de prisiones de Lituania , y sólo se conocía que 300 personas vivían con VIH en todo el país.⁶ Este ejemplo ilustra las implicaciones de sistemas de salud inadecuados en prisiones dentro del ramo de salud pública y niveles nacionales de enfermedad y de mala salud.

En la prisiones, altos niveles de VIH y otras enfermedades contagiosas pueden causar altas tasas de mortalidad alarmantes entre los prisioneros.

En prisiones sudafricanas, en donde altas tasas de contagios de VIH y TB son evidentes, oficiales hicieron notar un incremento del 584% por ‘muerte natural’ de los prisioneros en los años de 1995 y 2000. Cuando el departamento de Servicios correccionales examinó reportes post-mortem sobre aquellos decesos, se concluyó que el 90% eran relacionados con el VIH.⁷ Basándose en estas cifras y con base en el crecimiento continuo de la población sudafricana en prisión, el estudio predijo que para el 2010, 45,000 personas se morirían en las prisiones.⁸

La vasta mayoría de las personas en prisión son eventualmente dejadas en libertad en la comunidad de afuera. Reduciendo el contagio del VIH en prisiones es integralmente relacionado con la reducción de la propagación en la sociedad vista como un todo.

Reducción de Daños en Sitios de Detención alrededor del Mundo

A pesar de los niveles alarmantes de contagio por VIH en muchas prisiones de alrededor del mundo, aunado a la evidencia existente sobre comportamientos de alto riesgo entre personas en detención, así como los casos documentados de transmisión del VIH, y los brotes de contagio entre población carcelarias; algunos países han implementado medidas de salubridad necesarias para prevenir la propagación del HIV en este vulnerable grupo.

De acuerdo con WHO, UNODC y UNAIDS,⁹ un paquete comprensivo de intervenciones en prisiones debería de incluir:

- Información y educación, particularmente entre grupos de pares
- Proveer condones y otras medidas para reducir la transmisión por vía sexual
- Programas de aguja y jeringa
- Tratamientos de drogadicción, en particular con la terapia de sustitución de opiáceos.
- Terapia voluntaria y exámenes del VIH
- Cuidados para VIH, tratamiento y apoyo, incluyendo la disponibilidad de tratamiento antiretroviral

Un pequeño número de países han sido innovador al implementar servicios de prevención del VIH, así como servicios de tratamiento a prisioneros.

Por ejemplo, 10 países actualmente permiten tener programas de aguja/jeringa en por lo menos algunas prisiones, y 37 permiten terapias de sustitución de opiáceos. Sin embargo, la vasta mayoría de las prisiones todavía se quedan cortas en proveer estándares más extensos. Aún en países en donde las medidas de reducción de daños están permitidas, muchos de estos programas existen en pequeña escala, y están disponibles sólo en regiones o en prisiones seleccionadas; y/o no siempre incluyen todos los elementos necesarios para tener una respuesta integral.¹⁰

El fracaso al proveer servicios de reducción de daños en prisiones se da frecuentemente, debido a la ausencia de un impulso político, o por las mismas políticas que priorizan la cero tolerancia del uso de droga, en detrimento de iniciativas basadas en las evidencias de reducción de daños. En algunos casos, éste es el resultado de la falta de recursos y tecnología para satisfacer la gran demanda requerida. En otros casos se da por ambas.

Actitudes públicas negativas hacia personas en detención actúan como bareras a discusiones objetivas y pragmáticas de políticas de salubridad en las prisiones. En el caso del uso de drogas y salud, éste es obstaculizado por la indisposición de muchos gobiernos a abiertamente discutir sobre este tema, o aún admitir que el uso de drogas al ocurrir en un ambiente en custodia admite un fracaso en la seguridad.

Al mismo tiempo, prisioneros, reportan que comparten una sola jeringa con docenas de otros prisioneros. Asimismo, existe una suposición en la cual los programas de reducción de daños crearán riesgos en la protección de los prisioneros y del staff, a pesar de la que la experiencia en países que ya han implementado estos programas en prisiones es que éstos pueden ser ofrecidos de manera protegida y segura.¹¹

La falta de voluntad para tratar estas preocupaciones de salubridad de manera abierta y basada en evidencias, peligran la salud y los derechos humanos de una población ya vulnerable.

Reducción de Daños y el derecho a la salud de las personas en detención

El fracaso de los estados para implementar medidas exhaustivas de reducción de daños en sitios de detención — incluyendo los programas de aguja/jeringa y terapia de sustitución de opiáceos— viola sus obligaciones en la ley de derechos humanos internacionales.

Todas las personas privadas de la libertad tienen el derecho al más alto nivel de salud. El derecho a la salud de las personas en detención se encuentra articulado, no solamente entre los derechos económicos, sociales y culturales, pero también cataloga a la expresión entre los mecanismos de derechos políticos.

El Comité de Derechos Humanos, ha afirmado que las cuestiones como la salud en detención deberían de tratarse bajo el derecho a la vida (Artículo 6) o bajo el derecho de tratamiento humano (Artículo 10).¹² De hecho, ambos, el derecho a la vida¹³ y el derecho al tratamiento humano¹⁴ imponen obligaciones positivas a partes de los Estados para proteger las vidas y/o el bienestar de las personas en custodia. Esto siempre ha sido interpretado para exigir a las autoridades del gobierno para tomar acción para salvaguardar la salud de los prisioneros.

El comité para los derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado explícitamente que “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud entre otras cosas, absteniéndose de negar o limitar igual acceso para todas las personas, incluyendo prisioneros o detenidos...desde servicios de salud paliativos o curativos.”¹⁵ También esto ha formado toda una opinión que afirma que los estados tienen la obligación de implementar programas de salud preventiva en los lugares de detención. En sus Observaciones Concluyentes de 1997 sobre la Federación Rusa, El Comité expresó preocupaciones “sobre el resurgimiento de la tuberculosis...particularmente en prisiones, en donde la salud y las condiciones sociales de detención son inaceptables.”¹⁶ Estas consideraciones fueron repetidas en las Observaciones Concluyentes del Comité en 2003.¹⁷ En ambos casos, el Comité recomendó que el Estado debe de tomar los pasos para combatir la propagación de la Tuberculosis en las prisiones, lo cual indica que es una obligación bajo el ICESCR para implementar programas preventivos de salud en prisiones.¹⁸

El Comité ha encontrado que una falta de provisión de medidas de reducción de daños conflictúa con las obligaciones de estados bajo el artículo 12 del Pacto. En sus Observaciones Concluyentes del 2006, sobre Tajikistán, el Comité expresó su consternación hacia “la rápida propagación del VIH, en particular entre los usuarios de drogas, prisioneros, [y] sexoservidores,” específicamente hizo un llamado al gobierno a “establecer objetivos de duración determinada para extender la provisión de servicios gratuitos...de reducción de daños a todos los lugares del país.”¹⁹ En sus Observaciones Concluyentes del 2007 sobre Ucrania, el Comité recomendó que el Estado “continúe con sus esfuerzos y tome medidas urgentes para mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de la prevención del VIH a toda la población, además del tratamiento, cuidado y apoyo a personas con VIH/SIDA, incluyendo prisiones y centros de detención,” así como “la terapia de sustitución de drogas y otros servicios de prevención del VIH para usuarios de droga.”²⁰

Reducción de Daños en sitios de detención y libertad de tratamientos crueles, inhumanos y degradantes

El Enviado Especial en Tortura, Otros Tratamientos y Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes, ha recomendado recientemente que, “los programas de Aguja y jeringa en detención deberían de ser usados para reducir los riesgos de infección VIH/SIDA.”²¹ También señaló que, “el síndrome de abstinencia puede causar dolores severos y sufrimiento si no es curado por un tratamiento médico apropiado”²² y que “el negar tratamiento médico y/o al no existir acceso a cuidado médico en situaciones de custodia podría constituir un tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante y por lo tanto está prohibido bajo la ley internacional de los Derechos Humanos.”²³

1. UNODC, WHO & UNAIDS, HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response, 2006, p.11.
2. R Walmsley, World Prison Population List, 6th ed., International Centre for Prison Studies, 2005, p.1.
3. Open Society Justice Initiative and the Open Society Institute “Why We Need a global Campaign for Justice,” Justice Fact sheet, September 2009.
4. World Health Organization Europe Status Paper of Prison, Drugs and Harm Reduction (WHO Regional Office for Europe Copenhagen 2005) Doc No EUR/05/5049062, 3.
5. WHO, UNODC & UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007.
6. R Jürgens, “HIV/AIDS in Prisons: Recent Developments,” Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review , 2002, vol. 13, no. 19.
7. KC Goyer, HIV/AIDS in Prison: Problems, Policies and Potential (February 2003), in Monographs of the African Human Securities Initiative, No 79, ch 1.
8. Ibid.
9. WHO, UNODC & UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007.
10. See International Harm Reduction Association, “Global State of Harm Reduction 2008” <http://www.ihra.net/GlobalStateofHarmReduction>.
11. WHO, UNODC & UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007.
12. Cabal and Pasini v Australia (7 August 2003) UN Doc CCPR/C/78/D/1020/2002, para 7(7).
13. Human Rights Committee, “General Comment No. 6: The Right to Life Article 6” (30 April 1982) UN Doc HRI/GEN/1/Rev.1 para 5.
14. Human Rights Committee “General Comment 21: Humane treatment of persons deprived of liberty (Art. 10)” (10 April 1992) Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies UN Doc.HRI/GEN/1/Rev.6 para 3.
15. Committee on Economic Social and Cultural Rights, “General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health,” August 11, 2000, UN Doc E/C.12/2000/4, para 34, emphasis in original.
16. Committee on Economic, Social and Cultural Rights “Concluding Observations: Russian Federation,” 1997, UN Doc E/1998/22 para 112.