

# ¿Quién es el culpable? Ideologías de la comunicación, narrativas y discursos morales en la lucha contra la tuberculosis en una prisión peruana<sup>1</sup>

**Julio Portocarrero**

 <https://orcid.org/0000-0002-3863-5189>

Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad Federal de Santa Catarina  
jcportocarrerog@gmail.com

## RESUMEN

*Este artículo aborda las narrativas, diálogos y experiencias de internos y personal de salud involucrados en una intervención financiada por el Fondo Global para reducir los índices de tuberculosis en las prisiones peruanas. Se busca responder a dos preguntas principales: ¿cómo se discute y sobre quién recae la responsabilidad del cuidado de la enfermedad en esta intervención? Se basa en una etnografía realizada en el año 2006 en el penal de Lurigancho, la prisión más hacinada de Perú. El estudio muestra que, contrariamente a lo que la intervención sostenía, buena parte de los internos podían reproducir en sus términos, sin mayores problemas, las versiones biomédicas sobre la etiología de la enfermedad. Se encuentra que el discurso de la intervención termina responsabilizando exclusivamente a los pacientes por su situación de salud, velando otros factores sociales y económicos igualmente importantes. Se sostiene que muchas*

---

<sup>1</sup> El estudio fue desarrollado gracias a una beca de investigación proporcionada por el Consorcio de Investigaciones Económicas y Sociales (CIES). Buena parte de las ideas vertidas en este documento fueron discutidas con Jeanine Anderson y Alejandro Diez, a quienes agradezco sus aportes y recomendaciones. Esta investigación no hubiera sido posible sin la apertura de los funcionarios del INPE, especialmente la del responsable del área de salud de aquel entonces, el médico José Best. Mis agradecimientos finales son para el personal de salud e internos del penal de Lurigancho, quienes, en un contexto realmente difícil, soportaron mi presencia y constantes preguntas.



*políticas de salud pública han cobrado un cariz reduccionista desde que la salud pública se ha comenzado a pensar utilizando supuestos económicos liberales. Como consecuencia de este proceso, algunas enfermedades y tipos de pacientes o grupos sociales pueden ser considerados como moralmente reprochables y castigables. Se concluye que es fundamental explorar la ideología de comunicación detrás de cualquier intervención o política de salud pública.*

*Palabras clave:* narrativas, tuberculosis, prisiones, Perú, Fondo Global.

## **Who is Guilty? Ideologies of Communication, Narratives and Moral Discourse in the Combat against Tuberculosis in a Peruvian Prison**

### *ABSTRACT*

*This paper discusses the narratives, dialogues and experiences of inmates and health personnel involved in an intervention funded by the Global Fund to reduce tuberculosis rates in Peruvian prisons. It seeks to answer two main questions: How is it discussed and who has the responsibility for care of the disease in this intervention? It is based on an ethnography conducted in 2006 in Lurigancho, the most overcrowded prison in Peru. The study shows that, contrary to what interventionists affirm, most of the inmates can reproduce the biomedical versions of the disease's etiology in their own terms and without major problems. It was found that intervention discourse holds the patient solely responsible for his health condition; obscuring other equally important social and economic factors. It is argued that many public health policies have taken on a reductionist nature since they have begun to be based upon liberal economic assumptions. As a consequence of this process, certain diseases and types of patients or social groups are considered as morally reprehensible and punishable. It is concluded that it is essential to explore the communication ideology behind any intervention or public health policy.*

*Keywords:* narratives, tuberculosis, prisons, Perú, Global Fund.

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo aborda las narrativas, diálogos y experiencias de internos y personal de salud involucrados en una intervención financiada por el Fondo Global para reducir los índices de tuberculosis en las prisiones peruanas. Se busca responder dos preguntas principales: ¿cómo se discute y sobre quién recae la responsabilidad del cuidado de la enfermedad en esta intervención? Para responderlas, durante el año 2006 realicé una etnografía en el penal de Lurigancho, la prisión más hacinada de Perú. En aquel entonces, Lurigancho<sup>2</sup> sobrepasaba en cinco veces su capacidad de alojamiento y recibía a la mitad de los varones privados de su libertad —sentenciados o no— de la provincia de Lima.

La información que se describe y analiza fue recopilada principalmente a través de la observación participante a partir de visitas diarias realizadas entre febrero y julio de 2006. Durante estas visitas, pude presenciar y participar en diferentes tipos de actividades del servicio de salud penitenciario, incluyendo consultas individuales a pacientes, capacitaciones colectivas a diferentes grupos de internos, encuentros informales y seguimiento a los casos en tratamiento. Además, conversé con pacientes, familiares, personal de seguridad, promotores y delegados de salud del penal<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Inaugurado en 1964 para recibir a 1500 reclusos, albergaba a más de 9000 durante mi trabajo de campo.

<sup>3</sup> En este estudio no realicé entrevistas, entendidas como conversaciones basadas en una dinámica de pregunta y respuesta con cierta orientación temática. Mis esfuerzos se centraron más bien en el registro de acciones, narrativas y diálogos a través de la observación participante y conversaciones informales en el contexto de la atención de la tuberculosis. Aunque me presenté al personal de salud y los internos como un investigador externo a la institución penitenciaria, tuve que asumir un rol dentro de la división de tareas de la atención en el pabellón «Diecisiete», destinado a pacientes en la primera etapa del tratamiento por TBC, como una estrategia para insertarme en las dinámicas cotidianas de la prisión. Este rol, coordinado con los responsables del servicio de salud, consistió en asistir y acompañar al personal, particularmente a dos téc-

## NARRATIVAS, DISCURSOS E IDEOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN LOS ENCUENTROS MÉDICOS

Un padecimiento, sobre todo cuando este es considerado grave o serio, transporta a las personas del ámbito de las experiencias cotidianas al campo de lo extraordinario e incierto, imponiéndoles la necesidad de narrar para comprender lo que están pasando y hacer que otros los entiendan (Mattingly, 1998). Se relata con múltiples propósitos: para identificar las causas de una enfermedad, juzgar los cuidados que recibimos o no, justificar nuestras acciones; evaluar los tratamientos seguidos, conseguir atención o dar sentido a nuestra existencia futura.

Las narrativas pueden ser elaboradas en diferentes contextos y entre diversos tipos de interlocutores. Por ejemplo, una consulta médica, capacitaciones, talleres de ayuda entre pacientes o sus familiares, conversaciones informales con amigos, entrevistas de tipo periodístico o de investigación, etcétera. De esta manera, algunas responden más a procesos de elaboración individual y otras a dinámicas colectivas. Independientemente de ello, no son fenómenos aislados, ya que hacen referencia a otras historias y discursos, sea en los argumentos, eventos o juicios de valor que plantean, sea en los temas que revelan o silencian (Briggs, 2007).

Son, además, dispositivos relacionales que sirven para que las personas o grupos sociales interactúen en intercambios que pueden ir desde el conflicto hasta la cooperación. A través de ellas, el personal de salud y sus pacientes construyen y negocian, de forma dialógica, interpretaciones de sus experiencias, utilizándolas para el desarrollo de futuras acciones (Mattingly, 1998) como parte de procesos de búsqueda de soluciones a problemas en la atención de la salud, tanto individuales como colectivos, aunque en muchas ocasiones puedan servir más bien para encubrirlos. Así, las narrativas —y los diálogos en que se insertan— forman parte, reproducen y sirven para negociar estructuras de poder (Crandon-Malamud, 1986).

Según Ron Loewe (2004), el lugar que ocupan en la atención clínica es ambivalente. Desde la medicina contemporánea se tiende a pensar en la estructura de las consultas en función del estatus de estas narrativas, considerando las

---

nicos sanitarios, facilitando historias médicas, trasladando insumos u ordenando los espacios en que se desarrollaban las actividades del programa contra la tuberculosis. Al igual que el personal de salud, ingresaba al pabellón «Diecisiete» antes de las ocho de la mañana y me retiraba del establecimiento antes del anochecer, cuando los pabellones se cerraban. Después del almuerzo, cuando las actividades del servicio de salud disminuían, solía sentarme junto con los internos del «Diecisiete» a conversar en los espacios comunes, en los que la mayoría solía «matar el rato».

descripciones de los pacientes como versiones subjetivas e imprecisas que deben ser guiadas por las versiones objetivas e informadas de los terapeutas. Desde esta perspectiva, la importancia de los relatos de los pacientes es minimizada<sup>4</sup>. Así, sus descripciones sirven para que estos reporten sus síntomas, convirtiéndose, en muchos casos, en meros informantes sin control sobre los procesos de atención de la salud.

Esta dinámica forma parte de una ideología de la comunicación que Charles Briggs (2005) denomina *biocomunicabilidad*. Este es un modelo ideológico sobre cómo es que se da —o debería darse— la comunicación en el campo de la salud. Esta ideología concibe la circulación de conocimiento médico de manera lineal, es decir, como producido por sectores académicos bajo criterios puramente científicos, traducido al lenguaje popular por clínicos, comunicadores y periodistas con el fin exclusivo de transmitir conocimiento a los legos, quienes deben recibirlo de manera pasiva para su propio beneficio. Además de ocultar los intereses políticos y económicos detrás de las políticas de salud, la biocomunicabilidad crea poblaciones e individuos bajo la dicotomía de sujetos insalubres y ciudadanos salubres; transformando las desigualdades sociales globales en malas elecciones individuales. Justifica así jerarquías, organiza socialmente a la población y configura subjetividades de acuerdo con discursos morales sanitarios, generando y justificando relaciones de poder y desigualdades. La medicina y la salud pública dependen de la biocomunicabilidad para impulsar sus proyectos hegemónicos.

Sin embargo, los pacientes también pueden utilizar sus narrativas para ocultar o revelar diferentes elementos como mecanismo de resistencia y negociación, no solo del diagnóstico y atención de sus padecimientos sino también de la forma en que otros los representan e identifican. Por último, debemos considerar que estas narrativas se dan en contextos institucionales que procuran administrar sus formas de producción, circulación y consumo, en un intento por regular lo que se puede pensar, hacer y decir, así como la manera en que las experiencias han de ser transmitidas. Incluso las instituciones pueden intentar controlar la existencia de determinadas narrativas. ¿Qué es lo que ocurre y qué papel juegan las narrativas sobre la tuberculosis en el marco de intervenciones de salud en instituciones altamente jerarquizadas como las prisiones?

---

<sup>4</sup> Este hecho se relaciona con el desarrollo de nuevas tecnologías para diagnosticar enfermedades que dependen cada vez menos de los reportes verbales de los pacientes y se enfocan en la identificación de signos directamente observables por el personal de salud. También se vincula con la necesidad de desarrollar procesos de atención de carácter masivo y burocrático en los sistemas atención de salud.

## TUBERCULOSIS E INSTITUCIONES PENITENCIARIAS PERUANAS

Las condiciones de vida dentro de prisión no solo se ven afectadas por la sobrepoblación y el hacinamiento (OPS, 2008). Factores como el tamaño de las celdas, su falta de ventilación e iluminación, la ausencia de colchones y camas, así como la pobre alimentación y limitados servicios básicos hacen de ellas entornos propicios para el desarrollo y extensión de diversas enfermedades (Phillips, Allen, Salekin y Cavanaugh, 2009). El espectro de los problemas de salud existentes en las prisiones peruanas es bastante amplio e incluye enfermedades transmisibles de tipo bacteriano (como la tuberculosis o el cólera), virales (como la hepatitis y el VIH), neoplásicas, degenerativas y diversos tipos de infecciones respiratorias y del tracto digestivo, así como padecimientos psiquiátricos y drogodependencias (CEAS, 2006). Esta lista puede ampliarse aún más con las aflicciones identificadas por los propios internos, como la *debilidad*, la *pensadora* o el *dolor de cabeza*, entre otras<sup>5</sup> (Portocarrero, 2006).

Algunos de estos padecimientos se deben a problemas de insalubridad de los centros de reclusión, otros a limitaciones en la oferta de servicios para la prevención y atención de los servicios de salud y otros son atribuidos a las características de los propios internos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008). No obstante, el peso de cada una de estas variables puede ser un punto de disputa (Farmer, 2003).

En 2006, el Perú presentaba la mayor incidencia de tuberculosis de toda América Latina y los reclusos peruanos tenían una probabilidad de contagio de tuberculosis siete veces mayor que la del resto de la población (Médicos sin Fronteras, 1999). Los informes presentados por Médicos sin Fronteras revelaban que, a inicios de la década pasada, el manejo del programa contra la tuberculosis en Lurigancho y en otros penales era inadecuado y que las condiciones de vida de la población penal contribuían de manera dramática con el incremento de los riesgos de contagio de la enfermedad. Los establecimientos penitenciarios peruanos facilitaban la transmisión de la infección, ya que exponían a los internos a una prolongada y repetida exposición a la enfermedad por factores como la detección tardía de los casos, la falta de aislamiento de los pacientes con la enfermedad en su etapa activa, las condiciones de hacinamiento y la falta de ventilación (Zárate, Lobón, Saavedra y Castañeda, 2005).

---

<sup>5</sup> Es interesante reparar en que la mayoría de estas aflicciones se ubican en la cabeza («pensadora», dolor de cabeza) y se asocian a preocupaciones por asuntos que están fuera del control de los internos, como las acciones de sus parejas, los procesos judiciales, entre otros.

## LA INTERVENCIÓN DEL FONDO GLOBAL

*Frente al riesgo de contagio de enfermedades tan temibles como la tuberculosis y el VIH-Sida, esta clínica y este albergue constituyen, sin duda, lo mejor que le podemos ofrecer a los internos de este centro penal.*

Diario *Expreso*, 26 de mayo de 2006.

Con estas declaraciones Pedro Salas Ugarte, por aquel entonces director del INPE, inauguraba la nueva clínica del penal de Lurigancho. Ese mismo día se reestrenó también el pabellón «Diecisiete», un edificio destinado a los enfermos con tuberculosis activa y personas viviendo con VIH. El proyecto financiado por el Fondo Global generó que los servicios de salud destacaran por sobre el resto de prestaciones que el INPE brindaba (Pedraza, 2005).

La intervención se basó en una estrategia que incluía la mejora de la infraestructura, equipamiento y personal de los servicios de salud de Lurigancho y otros ocho penales hacinados del país. Un segundo componente consistió en el diseño e implementación de actividades de IEC<sup>6</sup> dirigidos a internos y sus familiares, capacitándolos en temas como el contagio de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y el desarrollo de estilos de vida saludables. El proyecto subrayó que este componente se basaba en el punto de vista de los internos, obtenido a partir de un estudio cualitativo de sus conocimientos, actitudes y prácticas. Como se aprecia en el siguiente testimonio de una de las coordinadoras del proyecto, se enfatizaba la necesidad de modificar las actitudes de los internos para empoderarlos, depositando buena parte de la responsabilidad de la prevención de la salud en los propios reclusos:

[...] porque nosotros estamos trabajando con un enfoque de derechos humanos, y consideramos que la persona debe tomar el interés del cuidado su salud. Nosotros no estamos abordando el tema de la salud desde un punto de vista asistencialista, sino queremos que la población se empodere, conozca lo que tiene que hacer para prevenir su salud. Porque más fácil es decir cuántos enfermos tengo, tengo mil entonces voy a dar mil tratamientos, pero lo que nosotros estamos haciendo es pensar en estas personas a cuántos pueden

<sup>6</sup> Las siglas de «información, educación y comunicación», una metodología basada en el desarrollo de actividades participativas con la que el personal de salud busca cambiar actitudes y comportamientos a través de información «basada en evidencia» a la población. Supone que el origen de los problemas de salud pública se fundamenta, en gran medida, en la falta de conocimiento. Como en este caso, en muchas ocasiones se basa en estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, para saber qué ideas y prácticas cambiar.

contagiar y a cuántos puedo proteger haciendo que ellos reconozcan los comportamientos de riesgo frente a la TBC y el VIH, y principalmente el TBC. Pues el objetivo de nosotros es el disminuir la incidencia de los casos positivos de TB en los nueve penales más grandes del país.

Cuando comencé mi trabajo de campo en 2006, la vieja clínica de Lurigancho aún se encontraba en funcionamiento, mostrándonos las condiciones en las que el personal de salud de la prisión trabajaba hasta ese momento. Era un pabellón de reclusión acondicionado para atender la salud de los internos y su fachada reflejaba los años de falta de mantenimiento y ausencia de recursos. Entre el olor de desinfectante, medicinas, ropas perdidas, sudor y grasa corporal, la cantidad de pacientes en espera hacía difícil el desplazamiento. Mis hombros chocaban continuamente con los de los pacientes, colaboradores y enfermeros que circulaban por el lugar. Mientras caminaba, Cedano<sup>7</sup>, uno de los técnicos sanitarios más antiguos, se anticipó a mi observación diciéndome:

Está feo, peor que la mayoría de pabellones. Felizmente esto va a cambiar. ¿Ha visto usted el edificio que se ve a la izquierda de la entrada principal? Es la nueva clínica, parece un hospital, está bien bonito y con todo nuevo. Lo han terminado hace unos meses y están esperando algunos arreglos para inaugurarlo. Ahí todo el mundo va a querer ir.

Me contó que el pabellón «Diecisiete» —el espacio destinado para el internamiento de los pacientes con tuberculosis— había cambiado radicalmente desde la última vez que lo visité. Recordé lo que pude observar dos años antes durante mi anterior trabajo de campo en la prisión. El «Diecisiete» era un depósito de personas, con ambientes húmedos y oscuros en donde los pacientes hacían *carretajes*<sup>8</sup> con plásticos y sábanas o frazadas para tener algo de intimidad. El espacio no era utilizado exclusivamente por personas con tuberculosis, junto con ellos se encontraban personas con VIH en fase sida. Además, el control de los desplazamientos era débil y, por ejemplo, los *refugiados*<sup>9</sup>, luego de pagar al personal de seguridad, ingresaban al atardecer y utilizaban el patio para pernoctar. Los pacientes pagaban o convencían a los celadores para salir y entrar, las

---

<sup>7</sup> El apellido del técnico ha sido cambiado para el desarrollo del artículo. Cedano era uno de los técnicos que atendía a los pacientes con tuberculosis. Fue una de las personas que más colaboró con mi trabajo.

<sup>8</sup> *Carretaje* es un término utilizado por los internos y cuidadores para denominar a las divisiones de ambientes que construían los reclusos al colgar sábanas y plásticos sobre cordeles.

<sup>9</sup> Con este nombre se conoce a las personas que, por diferentes motivos (conflictos, economía), habían sido expulsados de sus pabellones y no tenían dónde ir.

drogas ingresaban al pabellón con relativa facilidad y, según muchas historias, era algo común encontrar pacientes y refugiados consumiendo en los baños y otros espacios.

Durante mi trabajo de campo en el año 2004, varios internos me dijeron que la presencia de los médicos era limitada. El técnico en enfermería encargado de administrar los tratamientos era el único que acudía diariamente, debiendo lidiar con algunos pacientes descontentos y conflictivos. Él, además de las medicinas, cargaba un palo de escoba que, según sus palabras, usaba como elemento disuasivo para pacientes agresivos o que se negaban a tomar la medicación.

En 2006, el antiguo «Diecisiete» ya no existía: fue demolido para dar lugar a un nuevo edificio más amplio, que trataba de cumplir con las normas de bioseguridad para el manejo de pacientes con tuberculosis y con coinfección TB-VIH. También se dotó de mayores insumos para atender las quimioterapias, además la cantidad de personal de salud en el pabellón se incrementó y su presencia se hizo permanente. La diferencia era significativa; sin embargo, aunque el proyecto del Fondo Global mejoró muchas de las condiciones de atención en Lurigancho, no actuó sobre otros determinantes, como las condiciones de hacinamiento, ventilación, alimentación y consumo de drogas del penal. Bajo estas circunstancias, ¿qué efectos tendrían estas mejoras en los encuentros médicos y las acciones de prevención y tratamiento?

## LOS INTERNOS COMO PACIENTES «ESPECIALES»

Durante los primeros días de mi trabajo de campo en Lurigancho, buena parte de los relatos del personal de salud se centró en instruirme sobre el relacionamiento con los internos y cómo evitar ser manipulado por ellos. Muchos de ellos hacían referencia a los *fangidores*, internos que inventaban o exageraban algún padecimiento con propósitos tan disímiles como comercializar medicamentos, conseguir un lugar donde dormir, salir de prisión o acceder a un tratamiento que, de otro modo, les sería negado o retrasado. La *desconfianza* era un tema que atravesaba la mayoría de historias del personal y parecía guiar buena parte de sus acciones. La mayoría de ellos afirmaba que prefería relacionarse con los internos únicamente en su rol de terapeutas, sin involucrarse en otros aspectos, para no complicar sus actividades y evitar ser engañados. Como se muestra en el siguiente testimonio, esto tiene que ver con su visión de los internos como un grupo con intereses y lealtades casi opuestos a los del personal de salud:

¿Te diste cuenta de que se pararon apenas entramos y nos preguntaron qué queríamos? No les gusta que entre cualquiera al lugar. Muchos de ellos me conocen bien, han pasado por el PCT y me tienen respeto y agradecimiento porque los he atendido cuando estaban mal. Pero igual desconfían. Esto no es solo de ellos. Toditos piensan igual. Los internos y nosotros somos grupos diferentes, opuestos. Nosotros somos INPE. Por eso, nunca van a confiar totalmente en nosotros y nosotros tampoco en ellos. Tú puedes haberlos ayudado, están agradecidos, pero nunca van a hablar bien de nosotros totalmente, estarían traicionando su propio grupo. Ya no serían internos (técnico sanitario de Lurigancho).

En estas historias, los internos aparecían como pacientes particularmente *especiales* o *difíciles* con características que les demandaban formas de intervención diferentes de las que podían establecer en otros contextos: sus problemas trascendían los aspectos biomédicos; sus estilos de vida no permitían desarrollar actividades de prevención y tratamientos efectivos; no obedecían las prescripciones médicas; culpaban a otros por su situación de salud sin responsabilizarse; utilizaban las atenciones como medios para conseguir recursos económicos, y además, podían hablar mal de su labor de manera injustificada, perjudicando al personal de salud. Para buena parte de ellos un trato distante era el mecanismo que les permitía evitar este tipo de incidentes y ejercer cierta posición de control sobre las múltiples intenciones de los reclusos.

El personal destacaba algunos pocos casos de internos que describían como *comprensivos* aludiendo a ciertas características: la obediencia frente a las indicaciones; la adhesión a la perspectiva del proveedor de salud, no fingir o exagerar padecimientos y entender las limitaciones en los recursos existentes sin demandar más de lo que se pueda dar.

Algunos, considerando el drama personal y social de la vida en prisión, se mostraban más tolerantes frente a los internos que no cumplían con el perfil deseado. Sin embargo, para la mayoría, estas eran características que los reclusos debían aprender a desarrollar de manera individual, ya que ellos mismos habían buscado la situación en la que se encontraban. En sus relatos, los internos debían conformarse con los servicios que se les podía brindar porque eran reclusos y debían ser conscientes de su condición. Este no es un fenómeno particular de Lurigancho: según Aday (2003) los sistemas penitenciarios —y el personal de salud que labora en él— siempre se enfrentan a dilemas éticos que giran en torno a dos cuestiones fundamentales: ¿cuántos recursos debería destinar la sociedad para atender los problemas de salud de la población penitenciaria? ¿Qué calidad de cuidados de salud merecen recibir los internos? En la mayoría de ellos la salud

es considerada más como un privilegio, que puede ser condicionado a diversos factores, como el comportamiento de los internos o su acceso a recursos económicos, y no como un derecho que cualquier prisionero puede ejercer (Anno, 2004).

## LA ATENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PABELLÓN «DIECISIETE»

*La atención individual se basa en lo siguiente: determinar si eres un fingidor o no. Determinar el o los padecimientos reales y conocer su situación (médico, Luriganchó)*

En la mayoría de consultas que pude observar, el personal de salud procuraba que los intercambios con los pacientes fueran rápidos, limitados al diagnóstico y tratamiento de los aspectos biológicos de sus padecimientos. Para ello utilizaban una serie de estrategias que desincentivaban las narrativas de los internos, como las interrupciones, los silencios, el despliegue de explicaciones escuetas o apelar a los resultados médicos para mantener la conversación dentro de estos límites. Esta dinámica se hacía aún más marcada en el caso de los técnicos sanitarios encargados de brindar las primeras atenciones, donde, además, debían identificar si el paciente era un fingidor o no. El personal me explicaría que, para ellos, limitar los relatos de los pacientes significaba aminorar las posibilidades de conflicto.

Existían pocas excepciones en algunos médicos que intentaban explorar en la situación personal de los pacientes, por ejemplo, cuando los internos llegaban con dolores de cabeza o problemas para dormir. La mayoría de veces obtenían relatos bastante complejos que relacionaban sus problemas de salud con las condiciones de encierro, así como con problemas de índole familiar y judicial. Argumentando que era lo único que podían resolver, el personal de salud casi siempre terminaba enfocando la conversación en los signos y síntomas del paciente. Así, los diversos problemas por los que acudían los pacientes terminaban siendo medicalizados. Scheper-Hughes (1997) encontró una situación similar en el tratamiento que los profesionales de salud daban al cuadro de «nervoso», un estado de gran nerviosismo y desconsuelo causado por una grave inanición producida por la pobreza, que solo era tratado con medicamentos para el estrés para o mejorar el apetito.

Del mismo modo, pude observar que, comúnmente, solo se discutían las posibilidades de tratamiento entre el personal de salud. De acuerdo con los médicos y técnicos con los que conversé, era preferible no hacer participar a los pacientes en estas discusiones para no generar expectativas que difícilmente podían satisfacerse debido a la escasez de recursos.

Aunque algunos pacientes no se mostraban especialmente interesados en desarrollar narrativas sobre sus malestares<sup>10</sup>, la mayoría intentaba narrar sus aflicciones y condiciones de vida. La estrategia principal que utilizaban consistía en plantear repreguntas que, generalmente, eran respondidas de manera lacónica por el personal de salud. En algunas situaciones, los pacientes recurrían a las visitas continuas al tópico y la exageración con el fin de obtener solución a sus interrogantes y circunstancias. Pero muchas veces estas tácticas terminaban siendo contraproducentes, ya que los proveedores de salud reaccionaban cortando cualquier posibilidad de intercambio.

En el caso particular de la atención a pacientes con tuberculosis, el personal de salud se concentraba en explicar las características del tratamiento (qué y cuantas pastillas al día se debía tomar, así como la duración del tratamiento) y no abundaban en temas importantes para los pacientes, como por qué se contagiaron o qué efectos iba a tener la medicación. Cuando el personal de salud daba alguna explicación al primer tema, solía hablar del consumo de drogas como el factor de riesgo principal.

Los internos del «Diecisiete» invertían buena parte de sus conversaciones en discusiones sobre por qué enfermaron. Estas no eran abstractas: se aplicaban a casos y a personas concretas. Tampoco versaban sobre los aspectos biomédicos de la enfermedad, que parecían manejar bastante bien, sino en sus dimensiones morales y estructurales. En algunos casos, los internos, especialmente los de menor estatus dentro de su comunidad, eran acusados de tener debilidades personales, como el consumo de drogas, la falta de adherencia a la medicación o un comportamiento antisocial que terminaba por marginalizarlos del grupo. En otros casos, sobre todo cuando se trataba de algún interno apreciado o de mayor estatus, las causas parecían deberse más a factores estructurales como el hacinamiento, la mala alimentación o problemas dentro del programa de control de la tuberculosis.

Cuando explicaban sus propios casos a sus pares, los internos solían apelar a asuntos tan variables como el abandono de la pareja, los procesos judiciales, la pobreza y la mala alimentación en la niñez como elementos que los habían debilitado y hecho más vulnerables al desarrollo de la enfermedad. A mi juicio, estos relatos estaban marcados por los que Christina Hughes (2002) denomina

---

<sup>10</sup> Solo en algunas situaciones de conflictos entre internos, los mismos internos preferían no entrar en detalles sobre las circunstancias que los habían llevado a requerir los servicios de salud.

una experiencia «carente de agencia», en la que situaciones fuera de control de los internos los llevan a enfermar.

Los factores podían ser negociados y muchas veces las discusiones subían bastante de tono, particularmente cuando alguno se sentía injustamente interpe-lado por los relatos de sus compañeros. Los internos, además, solían cuestionar la explicación habitual del personal, centrada en el consumo de drogas o el bajo nivel de información de los internos. Pude también observar cómo, en varias ocasiones, intentaban hacer participar en sus diálogos al personal de salud de guardia, pero estos últimos siempre lo evitaban, reiterando la idea de que la mejor forma de vincularse con los internos era restringiendo las posibilidades de intercambio. «Los exámenes médicos deben hablar por nosotros» me diría uno de los médicos más jóvenes del servicio.

Para los médicos que atendían en el programa de control de la tuberculosis, su labor se había simplificado en tanto que los pacientes llegaban derivados de los servicios de medicina general y con resultados de exámenes clínicos. Obvia-mente estos recursos no resolvían los problemas de adhesión a los tratamientos ni cubrían todas las posibles dificultades de comunicación. Una de las situaciones más conflictivas tenía que ver con el tiempo de internamiento de los pacientes en el «Diecisiete».

Buena parte de los ingresados al «Diecisiete» intentaba salir antes de cul-minar la primera etapa del tratamiento para reducir los impactos negativos de su ausencia en sus pabellones de origen (imposibilidad de producir ingresos, robo de pertenencias, apropiación de sus espacios). Otro grupo intentaba, por el contrario, retrasar lo más posible su salida de este pabellón para no recaer en el consumo de drogas o reducir sus costos de subsistencia dentro del penal. Algunos enfermos diagnosticados se negaban al internamiento y la reclusión dentro de este pabellón. Se encontraban además casos de sintomáticos que pugnaban por internarse, pero que debían esperar por semanas hasta obtener las pruebas confirmatorias de su enfermedad.

Estos hechos se convirtieron en una constante fuente de conflictos con el personal de salud que debía dar de alta a los pacientes que culminaran la pri-mera etapa de tratamiento para dar espacio a nuevos casos en espera. En todos los casos, el personal evitaba escuchar las razones de los pacientes internados y utilizaba los resultados médicos como estrategia para respaldar su posición y limitar las discusiones. El personal reforzaba sus argumentos responsabilizando a los pacientes por el desarrollo de la enfermedad, asociándola casi siempre al consumo de drogas.

Las reacciones adversas generadas por el tratamiento eran otro tema de discusión. Varios de los internos intentaban encontrar explicaciones para sus malestares compartiéndolos con sus compañeros y con el personal de salud. Como en los otros temas de discusión, los internos recibían respuestas escuetas del personal que se limitaba a la descripción de la duración y fases del tratamiento. De acuerdo con los médicos del programa, aunque podían contar con algunos medicamentos para atender las reacciones adversas a la terapia, se desabastecían rápidamente y por tanto no podían atender todas las demandas. Para ellos era importante evitar que los pacientes les hablaran del tema, ya que no reaccionaban bien ante las negativas. Uno de los médicos más jóvenes me diría «creen que uno lo hace a propósito, reclaman, se intentan imponer, replican o realizan acusaciones».

Lo que describimos es interpretado por autores como Fahy y Smith (1999) como estrategias para no ceder poder al paciente, evitando los espacios para que ellos decidan, opinen o interpielen las decisiones dentro de la atención de salud. De acuerdo con Denzin (2001), el personal de salud ejerce su poder en su capacidad de no dar espacio a la discusión, para plantear preguntas y bloquear las objeciones del paciente, incluso en situaciones que son enmascaradas en tratos aparentemente horizontales.

En el pabellón «Diecisiete» existían varios elementos que nos ayudan a explicar esta dinámica. Por un lado, el médico debía considerar las limitaciones de alojamiento del pabellón, la escasez de algunos medicamentos, la norma de uso exclusivo del servicio para internos con TBC y la incertidumbre frente a las posibles motivaciones de los pacientes. El personal siempre me decía que los diálogos correspondían al campo de las capacitaciones grupales.

## ¿LAS ACTIVIDADES DE IEC COMO ESPACIOS DE DIÁLOGO?

Durante mis visitas a Lurigancho solo pude presenciar cuatro actividades de capacitación, porque la mayor proporción de las acciones se centraba en el tratamiento de pacientes. Cada una se dirigía a un público diferente. Dos de ellas fueron desarrolladas para capacitar y tomar pruebas a los internos, otra se destinó a los delegados de salud del penal y la última estuvo dirigida a los pacientes internados en el pabellón «Diecisiete». Describiré cada una continuación.

*Una breve charla informativa para los internos del pabellón «Cinco»*

Una mañana pude acompañar al personal de salud a dar una charla informativa en uno de los pabellones más hacinados de la prisión. La reunión debía comenzar temprano, porque se iba a mantener a los internos en ayunas para tomarles muestras de esputo, pero nos retrasamos porque no se contaba con el material para las pruebas. Apurados, ingresamos directamente al patio interior del pabellón para encontramos con una fila de internos impacientes por la ración de té y pan que les correspondía en la mañana. Uno de ellos nos increpó: «Llegaron muy tarde, por qué se han demorado». El lugar estaba lleno de gente distribuida en grupos de diferente tamaño. Muchos transitaban buscando sus *cacharros*<sup>11</sup> o yendo hacia el baño, maniobrando entre las filas de ropa colgada a lo largo de todo el ambiente.

La ropa colgada evitaba que se pudiera tener una visión panorámica del espacio; también dificultaba el desarrollo de una capacitación masiva. En el centro del patio se había acondicionado una pequeña mesa para que los proveedores de salud dieran la charla. Sin embargo, pocos nos esperaban. El médico responsable se desplazó con el resto del equipo hacia la fila que esperaba la *paila*<sup>12</sup>, tomó un megáfono y, sin preámbulos, inició la capacitación más corta a la que he asistido:

Buenos días con todos. Vamos a hacer una charla rápida, veloz. De repente nos llega, nos da igual, pero la tuberculosis puede darle a cualquier persona. Al maleado, al *achorado*<sup>13</sup>, a todos. Pero debemos conocer cómo nos contagiamos, por el medio de contagio, solo al hablar. También por la mala higiene, todo está sucio. Con esto las visitas se contagian. Otro factor es la irregularidad de los pacientes, no se curan, se resisten y se vuelven a enfermar. El tratamiento es gratuito: si se sienten con los síntomas, deberían ir. Ya saben los síntomas: tos constante por varios días, fiebres, decaimiento, pérdida de peso. Mi salud es mi responsabilidad y la de mi visita igual. Basta que haya uno. Gracias, ahora ustedes van a pasar a recoger su paila y nosotros los vamos a llamar para hacerles las pruebas a algunos de ustedes.

Un interno nos increpó: «¡Hicieron esperar dos horas para tan poco!». Nadie le respondió. Nos fuimos para un lado del patio y el médico pidió al delegado de salud del pabellón que trajera a los sintomáticos y que el resto se apuntara en un papel en blanco. «Cada uno va a poner con letra imprenta su apellido y

<sup>11</sup> Término utilizado para referirse a cualquier envase en el que depositan las comidas recibidas durante el día.

<sup>12</sup> Forma en que llama a la comida que se ofrece en prisión en Perú.

<sup>13</sup> Persona que adopta una actitud desafiante e insolente.

su nombre; también se les va a entregar una calcomanía del proyecto del Fondo Global». El técnico y el médico comenzaron a identificar y a llamar a los internos que supuestamente aparentaban tener la enfermedad. «La Olenka. ¿Dónde está? Traígana, tiene que hacer su prueba». Olenka apareció a los pocos segundos:

- ¿Qué quiere?
- Ya, Olenka, tú estás con tos y bien flaquita, debes dejar una muestra.
- ¿La presa quiere? (haciendo referencia a la flema).
- Sí, eso mismo.

Un personal de seguridad trajo a otro interno. «Lo saqué del pabellón, ya se estaba escondiendo». Solo se contaba con siete envases —aunque el número de sintomáticos era mayor— y el proceso duró cinco minutos. Durante este tiempo, los internos concentrados alrededor de la mesa bromeaban sobre el aspecto de algunos de los convocados: «Este está bien flaco, al ojo nomás se le saca». El técnico respondía a estas observaciones en el mismo tono: «Uy, este es tres cruces (haciendo referencia a los casos con gran carga del bacilo en sus muestras». Al retirarnos, el médico me decía: «Estas charlas tienen que ser cortas, no es bueno hablar con ellos en público porque comienzan las quejas, que la paila, que el hacinamiento. No podemos dejarlos hablar porque se nos vienen encima. Ellos se quejan de todo y no ven lo que es su responsabilidad».

### *El circuito de la salud*

Otra tarde pude acompañar al personal de salud a desarrollar una actividad de IEC sobre tuberculosis e infecciones de transmisión sexual denominada «El circuito de salud». Esta consistía en brindar información, atención en medicina general y el descarte de tuberculosis y VIH/sida a los internos de uno de los pabellones. Cuando llegué, Cedano realizaba un juego que consistía en sacar a varios de los espectadores para plantearles algunas preguntas sobre la tuberculosis. Aunque el patio no era muy grande y solo había quince participantes, el técnico utilizaba un altavoz con el que interrogaba a los participantes para luego regalarles un puñado de caramelos:

- ¿Qué es la tuberculosis?
- Es una enfermedad contagiosa.
- Toma tu premio. ¿Se cura o no? [dirigiéndose a otro interno].
- Sí, sí se cura [premio].
- ¿Cómo se contagia?

- Eh, por compartir cucharas, fumar...
- Principalmente por la conversación. ¿Escucharon todos? Te doy tu premio.
- ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento? [se dirige a otro espectador].
- Eh... varios meses.
- Dura seis meses.
- ¿Qué pastillas se toman?
- Eh... tres .... cinco ... [Cedano le pasó las respuestas al interno para que las repitiera en voz alta].
- Toma tu premio.

La mayoría respondía parcialmente a las preguntas, de forma dubitativa. Muchos se confundían y el técnico daba la respuesta que consideraba correcta o completaba las respuestas sin dejar el altavoz. Todo se hacía en un clima de juego y burlas en el que el técnico también sonreía y entregaba siempre los caramelos sin importar la respuesta a sus preguntas.

Paralelamente se disponían las cosas para otra actividad del circuito. En esta dinámica los internos participaban en parejas, pasando de una mesa de actividades a otra. Se les presentaba una serie de dibujos a partir de los cuales se hacían preguntas sobre tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida. Las respuestas eran calificadas por el personal de la ONG encargada de las actividades de capacitación del proyecto, a través de un sistema de puntajes.

Me acerqué a una de las actividades, que consistía en poner un preservativo sobre un dildo. La mayoría fallaba: rompían con los dientes los envases, colocaban con dificultad el preservativo y no dejaban un espacio de aire entre el dildo y el condón; también lo retiraban con rudeza. Los encargados de calificar el desempeño de los participantes esperaban a que terminara cada simulacro para corregir las fallas. El auditorio intervenía, criticando a los participantes: «no aprendió nada», «no sabe poner el condón», «pucha, qué mal».

Algunas parejas se reprochaban entre sí los errores; otras explicaban que se sentían nerviosos al poner el condón en otro pene que no fuera el suyo. Muchos de los concursantes parecían abrumados ante su supuesta torpeza. La gente reía y los calificadores corregían con cara de pocos amigos: «Así no se hace, debes abrir el sobre con cuidado; si no, lo puedes romper, luego debes verificar si tiene hueco o no, porque entonces ya no sirve. Sácalo con cuidado». Luego uno de los calificadores realizó algunas preguntas a una pareja:

- ¿Qué es VIH?
- No sé, ¿sida?
- ¿Cómo se previene?

- Usando condón.
- Evitando la sangre.
- ¿Es igual el VIH y el sida?
  
- No, sida sí es contagioso, como la tuberculosis.
- No, el VIH es toda la enfermedad y el sida es una etapa de esa enfermedad.
- ¿Ya?

El interno evaluado sonrió nerviosamente ante su error. Intentó agregar algo: «También por las agujas». La calificadora movió la cabeza de un lado al otro, mostrando su desaprobación ante las respuestas del concursante. Los espectadores continuaban riéndose. Vino otra pareja y uno de ellos intentó colocar el condón con mucha dificultad. Los espectadores comenzaron a reír. La calificadora movió la cabeza de un lado a otro, nuevamente, y dijo: «Ya está roto ya, ya la malograste, ya te enfermaste».

Tomó una lista de preguntas:

- ¿Qué significa sida?
- Es una transmisión... (el concursante, se queda varios segundos callado, como intentando recordar).
- La calificadora no lo dejó seguir y le pregunta a otra pareja:
- ¿Qué significa TBC?
- Es una infección... [se queda pensando].
- No sabes.
- Una enfermedad.
- No, ¿qué significa TBC? [deletrea la palabra, pidiendo que le señalen qué representa cada letra].

La calificadora mueve nuevamente la cabeza en señal de desaprobación y dice: «¿Qué pasa, chicos, no han aprendido nada?». Me dirigí a otra mesa en donde se desarrollaba una dinámica similar. Esta vez, la pareja de calificadores llevaba una hoja con algunas preguntas, en donde registraban cuántas habían sido respondidas correctamente. Comenzó nuevamente el juego de preguntas, pero los competidores no respondieron a la mayoría de ellas:

- ¿Qué es el VIH?
- ¿Qué es el sida?
- ¿En qué se diferencian el VIH y el sida?
- ¿Cómo se trata el VIH?
- En este penal, ¿quién tiene más riesgo de tener VIH e ITS?
- ¿La pareja...?
- No, en este penal todos están en riesgo, todos. El siguiente.

El evento terminó con el público repartiéndose los preservativos y caramelos sobrantes. La facilitadora se acercó hacia mí para saber qué estaba haciendo. Luego me explicaría su perspectiva sobre el desempeño de los internos: «Es algo estructural, de actitud, tienen dificultades para aprender». Cedano también se me acerca y dice que tienen que cambiar de dinámica porque ya la han usado todo el año pasado y «la gente» estaba aburrida:

—Hay que hacer todo muy dinámico, para que participen, para que asistan, aunque sea. Con la tuberculosis el asunto es más fácil: les decimos cómo se contagian, cómo se pueden curar, en cambio con las ITS hay mucho más que aprender.

Un interno se acercaría a nosotros.

—Yo no soy drogadicto, no estoy con los travestis, tengo estudios, pero igual me ha dado la tuberculosis. ¿Por qué entonces nos dicen que no tomemos, que comamos bien, si la comida acá es mala?

Cedano nunca respondió y continuó su camino sin mirarlo, pero al salir del pabellón me comentó que estaba de acuerdo con lo que el interno había dicho, aunque no lo podía repetir en público porque los verdaderos factores de la epidemia de tuberculosis en Luriganchó no se estaban resolviendo y ellos no podían hacer nada.

*«Necesitamos su colaboración»: una reunión con delegados de salud*

También pude participar en la primera reunión entre personal y delegados de salud<sup>14</sup> del recién inaugurado pabellón «Diecisiete». Esta tenía como objetivos brindar a los delegados información sobre la transmisión de la tuberculosis e identificar, de manera participativa, los factores detrás de la distribución de casos en los pabellones. El técnico inició la reunión mostrando las instalaciones. Uno de los delegados exclamó: «El local está bien, te hace sentir en la calle, yo he estado en Bravo Chico<sup>15</sup> y esto parece Europa».

<sup>14</sup> Internos dirigentes del pabellón encargados de los temas de salud. Funcionan como correa de transmisión de información entre los internos y el personal de salud. Realizan las coordinaciones para la implementación de actividades y acciones en sus respectivos pabellones. También se encargan de llevar a los internos que necesitan atención médica hasta los servicios de salud. Hacen, además, actividades de captación.

<sup>15</sup> Un hospital público de la ciudad de Lima.

La conversación cambió abruptamente cuando otro de los delegados señaló que los enfermos de TBC ocultaban su situación porque el «Diecisiete» tenía un régimen mucho más restrictivo que el resto de pabellones, limitando sus posibilidades de desplazamiento y consumo de drogas, así como la realización de cualquier actividad económica:

Yo hablo, camino, les digo, pero el encierro es un factor importante, estás en un sitio cerrado, mucha gente con TBC consume drogas. Ellos no pueden estar en un sitio cerrado. Ha venido la presidenta del INPE y no dejan salir a nadie.

Otro de los delegados manifestó que, por esa razón, la dirigencia de su pabellón demandaba un tamizaje de todos sus internos. El técnico le respondió que esto era imposible porque no se contaba con los insumos suficientes: «Lo más preocupante son los señores que tienen los síntomas». A continuación, nos mostró una pizarra en la que se registraban los casos identificados por pabellón: «En el [pabellón] 1, 3 y 11b están los focos».

El técnico indicó que existían muchos factores para explicar el asunto: «No tienen formación, no quieren venir, se drogan, son desaseados». Sin embargo, otro de los delegados cuestionó esta idea: «En el 7 y 9 hay cierto nivel de conocimiento, han pisado la universidad o el instituto superior, pero también hay casos». El técnico prosigue sin responder a la observación:

Es muy cambiante, dinámico. ¿Cómo bajar este nivel? El penal no debe tener esta cantidad, a nosotros nos preocupa. El penal es un submundo, ingresan y salen. Se está formando una cadena de contagio. Lo que queremos es romper esa cadena.

Uno de los promotores le respondió haciendo gestos que expresaban efusión: «Las visitas, todo, que se cuiden, escupen al suelo, si no es el suelo, en la pared, que no fumen, que vivan bien». El técnico añadiría:

A partir de ustedes queremos compartir este conocimiento. El aumento de la TBC pulmonar es alarmante, es por el bacilo. Les vamos a dar una charla y queremos que nos apoyen. Tenemos que saber cómo es el contagio, cuáles son los síntomas, debemos sacar cuáles son [...]. Si saben poco, aprenden. Si saben mucho enseñan. Tenemos una alta tasa de TBC como país subdesarrollado que somos. Los países desarrollados se preocupan porque viajan para acá, y pueden haber infectados. Por eso el Fondo Global nos apoya.

Uno de los internos increpó: «Pero los europeos tampoco saben qué es la tuberculosis y no se enferman». Cedano continuó, proyectando en una de las paredes algunas diapositivas con dibujos que representan diferentes aspectos de la enfermedad. Acompañó estos dibujos con los siguientes mensajes:

La TBC forma cavernas dentro del pulmón.

La atención en la calle es como acá, gratuita y se aplica el DOTS para que tomen las pastillas delante de los médicos.

Igual que ustedes engañan, en la calle también engañan.

¿Qué es la TBC? Es una enfermedad infectocontagiosa producida por el bacilo de Koch.

El contagio se da vía aérea, cuando conversa un enfermo y uno sano.

¿Cómo se les dice a sus compañeros? Si hay compañeros con baja de peso, tos y flema por más de quince días, entonces hay que preocuparse.

El contagio es por conversar nomás.

El examen es gratuito, cuesta cero. ¿Alguien les ha cobrado?

Los delegados se mantuvieron en silencio durante la exposición, pero frente a la pregunta de Cedano, uno de ellos respondió: «Sí, el *tombo*<sup>16</sup> quería un sol por dejar pasar a tres pacientes». El técnico lo interrumpe: «Al paciente se le hace ingresar gratis». Uno de los promotores refuta: «Está bien, pero para bajar hay que pagar una quina<sup>17</sup>». Un segundo técnico, encargado de administrar las dosis a los pacientes ambulatorios, intervino en ese momento:

Hay muchas cosas en juego acá. No debemos esperar que vengan, no debemos esperar a pagar, hay que trabajar con los contactos, prevenir, que no se contagien. Ustedes saben, dentro del penal hay mucho consumo.

Los delegados comenzaron a hablar en conjunto señalando la misma idea: «Sí, justamente por eso hay esa incidencia, por eso, por eso, es por la alimentación». Todos se miraron, afirmando con la cabeza. Cedano intentó evitar el tema de la alimentación prosiguiendo con la capacitación: «Entonces, tos más de quince días, baja de peso, más falta de apetito». Pero los internos continuaron planteando sus demandas: «Necesitamos mascarillas. Hace un mes yo he pedido

<sup>16</sup> Término utilizado comúnmente para referirse a la policía pero que en este caso se aplica al personal de seguridad del INPE.

<sup>17</sup> Cincuenta centavos de sol.

a la doctora<sup>18</sup> que necesitamos mascarillas porque estamos en contacto y a veces no nos alimentamos bien». El técnico decidió dar una respuesta: «Yo me comprometo. Pero ustedes deben traer más pacientes. Al que no trae o tiene muchas faltas lo vamos a botar».

«Ojalá», exclamaron todos. El resto de delegados comenzó a participar con diferentes comentarios y preguntas:

- ¿Qué debemos hacer para terminar con eso?
- Algunos vienen, pero otros no, hay que mandarles dos o tres de disciplina
- Algunos no dejan entrar, se necesita un colaborador que ayude para pasar, el INPE no deja entrar.
- ¿El paciente con drogas se vuelve multirresistente?
- En todo el penal hay droga y no hay cómo alimentarse, la gente se contagia, en otros penales sí se da alimentación.

Cedano los había estado observando y respondió con una frase interesante: «Es mejor un drogadicto sano que uno enfermo». Los delegados parecieron no escuchar esta afirmación y continuaron con sus observaciones:

- Pero, jefe, ¿no los revisan acá?
- Hay problemas con el alta, si las familias se responsabilizan se les puede apoyar.

Otro de los delegados dijo que no solo era la mala alimentación, sino también el hacinamiento y la poca ventilación. El técnico respondió: «Ustedes saben que nuestra institución no les va a dar, no debemos confiarnos», y dio por terminada la reunión abruptamente. Cuando los delegados se fueron, Cedano me decía: «Tuve que acabar la reunión, ya querían hablar de temas que no podemos resolver». Luego, mientras ordenábamos el material de capacitación, me confesaría que estaba aliviado porque los internos no prestaron atención a su propuesta de tener adictos sanos. «Eso va contra la propuesta del programa».

### *Dejen los vicios: proyección de video para internos del «Diecisiete»*

Durante mi último día de trabajo de campo, se había planificado la exhibición de un video, financiado por el Fondo Global, para sensibilizar a los pacientes del «Diecisiete». La jornada terminaba, los médicos se habían retirado y no se prestaban más atenciones. Todos los pacientes habían recibido la medicación y

---

<sup>18</sup> La jefa de Salud de Lurigancho.

esperaban su última comida. Cedano era el único miembro del personal de salud que quedaba en el pabellón. Sacamos un televisor al patio sobre un viejo carrito para distribuir medicamentos. Los internos se agruparon alrededor de una escalera que utilizaron como butacas. Me senté con ellos: estaban entusiasmados. Uno me comentó «nunca cae mal una peliculita». Otros bromeaban solicitando una cinta de Bruce Lee o una porno.

El video duraba veinte minutos aproximadamente. Los personajes eran representados por actores profesionales, pero los internos reconocieron algunas caras en las vistas panorámicas del penal en el que se desarrollan los eventos. Se narraban las historias de dos reclusos con tuberculosis. Uno de ellos, alentado por sus compañeros, con un habla particularmente cuidada para una cárcel, acudía rápidamente al tópico para atender su padecimiento. Tomaba las medicinas diariamente y no se dejaba convencer por los internos que le ofrecían drogas y alcohol. Se curó totalmente y volvió a una vida relativamente normal. Paralelamente, el otro personaje se encontraba atrapado por la droga y no la dejaba, pese a su malestar. Acudía eventualmente al tópico, pero se resistía a seguir las indicaciones del médico, para finalmente, abandonar el tratamiento. La trama terminaba con la anciana madre de este interno llorando sobre su cuerpo inerte. Al final se exponían los siguientes mensajes:

- El bacilo de Koch se transmite al hablar, por gotitas de saliva.
- No escupas.
- Aliméntate.
- No fumes ni tomes.
- Da por tener bajas las defensas del organismo, debes preocuparte por cuidarte tu salud, la de tus compañeros, la de tu familia.

Eran casi las seis de la tarde y ya no había tiempo para la charla del técnico. Las puertas del pabellón debían cerrarse hasta el día siguiente. Cedano solo añadió: «Hagan deporte, dejen los vicios, aliméntense bien». Uno de los internos sonrió al responder: «Yo quise dejar la pasta varias veces, pero cómo se puede hacer eso si a tu costado alguien está fumando. Eso no va a parar, mucha gente gana con ese negocio». Otro añadiría que el deporte no evita que te contagies si convives todos los días con gente enferma. El técnico dio por concluida la reunión sin responder a estas intervenciones.

## CONCLUSIONES

Luego de presenciar estos eventos, permanecí por buen tiempo pensando en el sentido de las acciones de IEC promovidas por el proyecto. Como se describe en las líneas anteriores, muchas de ellas fueron ejecutadas rutinariamente, con prisa, sin reparar en las necesidades y preguntas de los internos, a través de monólogos ocasionalmente interrumpidos por la impertinencia de algún asistente. Aunque la totalidad del personal solía indicar lo contrario, la mayor parte de los internos con los que conversé podía reproducir sin mayores problemas, en sus propios términos, las versiones biomédicas de la etiología de la enfermedad haciendo así tambalear uno de los supuestos básicos de la intervención.

En diversas ocasiones este hecho se revelaba en los rostros del personal de salud, durante las consultas, capacitaciones y encuentros informales, cuando alguna pregunta u opinión de los internos generaba fricciones (Tsing, 2004) o ruidos importantes con los mensajes del proyecto. Pero solo en contadas oportunidades, como en la reunión con los delegados de salud, el personal reconocía el hecho. ¿Por qué estas fricciones fueron obviadas o minimizadas?

De acuerdo con Mattingly (1998), la elaboración de narrativas conjuntas entre terapeutas y pacientes no solo sirve para dar cuenta de experiencias pasadas o dar sentido a las aflicciones. Las historias sirven para describir un malestar, explicar un diagnóstico, argumentar un tratamiento. Se utilizan para asumir posiciones y establecer relaciones, funcionando como un mecanismo de ejercicio de poder para preguntar, explicar, identificar posibilidades y dar sentido a las enfermedades. Desde la perspectiva de esta autora, la elaboración de narrativas puede considerarse como una acción importante para llegar más lejos en la resolución de los problemas de salud en diferentes niveles. Sin embargo, su argumento no repara en cómo los intereses institucionales, globales y locales, así como las condiciones de atención de la salud y la biocomunicabilidad, están detrás del diseño y la implementación de los proyectos de salud pública.

Como se puede observar en la descripción de las dinámicas alrededor del «círculo de la salud», parecería que el sentido de las actividades no era sensibilizar e informar a la población penitenciaria. Se planteaban preguntas que debían ser respondidas en un lenguaje biomédico apegado al conocimiento de siglas y nomenclaturas difíciles de recordar y reproducir para una persona sin formación especializada. Otras buscaban respuestas morales sobre el comportamiento de los internos. La presión sobre los participantes era visible y muchos se equivocaban en cosas que afirmaban conocer. En pocas palabras, las dinámicas parecían estar

hechas para que el interno falle, justificando con ello tanto la epidemia como cualquier posible fracaso de la intervención. Los resultados eran desalentadores tanto para proveedores de salud como para internos y terminaban con frases como «no», «no sabes», «no puedo».

Para algunos proveedores de salud este hecho confirmaba su perspectiva sobre los internos como pacientes difíciles, con problemas cognitivos, sociales y de actitud particulares. Pero muchos internos no compartían la narrativa propuesta por los proveedores de salud y el proyecto, por ser poco realistas y ajustadas a la complejidad de la epidemia de tuberculosis en prisión. Me incluyo dentro de quienes piensan de esta forma. ¿Es posible demandar estos estilos de vida saludables a una comunidad que describe buena parte de su experiencia a través del hacinamiento, la mala alimentación, los vicios y la pérdida de medios de subsistencia? Esta idea concuerda con las interpretaciones de Good (2003) con respecto a los conocimientos de los pacientes sobre sus enfermedades. Según este autor, la salud y la enfermedad son fenómenos que no solo tienen que ver con aspectos biomédicos, sino también con experiencias, con la pertenencia a uno u otro grupo, con el sexo, es decir, con la sociedad tanto como la biología. Las enfermedades se construyen a través de procesos narrativos en los que participan los pacientes, sus familiares y allegados y los médicos o sanadores. Son un producto social. Estas narraciones no son un producto cerrado, aceptan lecturas y perspectivas alternativas (en algunos temas más que en otros), tanto retrospectivamente como prospectivamente. Pero existe una pregunta adicional: ¿es necesario demandar estilos de vida para controlar la tuberculosis en las prisiones peruanas?

Cedano era uno de los pocos proveedores de salud que se encontraba frente a esta encrucijada. Por un lado, reproducía los mensajes oficiales, pero, como expresó brevemente en la reunión con delegados, consideraba que lo mejor era procurar «adictos sanos».

Uno de los problemas con el discurso de la intervención es que termina derivando en una suerte de mecanismo que responsabiliza —y en el peor de los casos culpa— exclusivamente a los pacientes por su situación de salud, velando otros factores sociales y económicos igualmente importantes. Al respecto, Galvin (2002) sostiene que las perspectivas que relacionan la salud y la enfermedad como asuntos de responsabilidad personal no son nuevas. Sin embargo, han cobrado un cariz reduccionista desde que la salud pública se ha comenzado a pensar utilizando muchos supuestos económicos liberales. Como consecuencia de este proceso, algunas enfermedades y tipos de pacientes o grupos sociales pueden ser considerados como moralmente reprochables y castigables.

Desde su perspectiva, en la actualidad existe un énfasis por desarrollar teorías morales sobre las enfermedades. Las enfermedades siempre se definen frente a un tipo de normalidad, que puede basarse en cuestiones vinculadas con el buen o mal comportamiento moral de una persona. De esta forma se promueve la idea de que las personas pueden evitar las enfermedades con vidas, pensamientos y morales saludables.

Para Galvin, entender estas acciones pasa por considerar la importancia de los orígenes sociales de las enfermedades, teniendo en cuenta que la responsabilidad y el control individual están enmarcados en sistemas y estructuras mayores. Existe, pues, una responsabilidad social y una individual, y no debemos simplificar las causas de las enfermedades a sus componentes y factores individuales. Es por ello fundamental explorar la ideología de comunicación detrás de cualquier intervención o política de salud pública.

Las evaluaciones del propio Fondo Global (CARE, 2009) demuestran que la intervención no consiguió reducir el número de casos de tuberculosis ni disminuyó la proporción de abandonos al tratamiento. Estudios recientes indican que esta enfermedad continúa siendo la más común entre los internos peruanos (Henández-Vásquez y Rojas-Roque, 2020; Rodríguez y Chimoy, 2017; Alarcón, Alarcón, Figueroa y Mendoza-Ticona, 2017; Abascal y otros, 2020; Salazar, Ardiles, Araujo y Maguiña, 2019). Además, aunque algunas investigaciones muestran que las condiciones de hacinamiento, higiene y alimentación no han cambiado significativamente (Nuñovero, 2019), los análisis de riesgo continúan centrándose en factores individuales tales como el nivel educativo, el uso de drogas y alcohol o, incluso, la ausencia de una pareja estable (Salazar y otros, 2019). Las ideologías que subyacen los modelos de atención y comunicación no forman parte de las agendas de investigación sobre el tema (Yagui, Jave, Curisínche, Gutiérrez y Romaní, 2013) ni se utilizan para entender el bajo impacto de muchas de las intervenciones. Por el contrario, parecen formar parte de estas agendas, ocasionando que los resultados de esta etnografía, realizada hace tres lustros, posean una dramática e indeseada actualidad.

## REFERENCIAS

- Abascal, Estefanía, Marta Herranz, Fermín Acosta, Juan Agapito, Andrea M. Cabibbe..., Darío García de Viedma (2020). *Screening of inmates transferred to Spain reveals a peruvian prison as a reservoir of persistent Mycobacterium tuberculosis MDR strains and mixed infections*. *Scientific Reports*; 10:2704. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59373-w>
- Aday, Ronald H. (2003). *Aging prisoners: Crisis in American corrections*. Westport, CT: Praeger Publisher.
- Alarcón, Valentina, Edith Alarcón, Cecilia Figueroa, Alberto Mendoza-Ticona (2017). Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 299-310. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
- Anno, B. Jaye (2004). Prison Health Services: An Overview. *Journal of Correctional Health Care* (National Commission on Correctional Health Care), 10(3), 287-301. <https://doi.org/10.1177/107834580301000304>
- Briggs, Charles L. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social* (Universidad Complutense de Madrid), 14, 101-124.
- Briggs, Charles L. (2007). Mediating Infanticide: Theorizing Relations between Narrative and Violence. *Cultural Anthropology*, 22(3), 315-356. <https://doi.org/10.1525/can.2007.22.3.315>
- Care Perú (2009). *Evaluación final del componente Tuberculosis y sida del programa de Segunda Ronda financiado por el Fondo Mundial*. Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- CEAS (2006). *La realidad en el sistema penitenciario del Perú: diagnóstico, limitaciones y retos*. Lima: CEAS.
- Crandon-Malamud, Libbet (1986). Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia. *American Ethnologist*, 13(3), 463-476. <https://doi.org/10.1525/ae.1986.13.3.02a00040>
- Fahy, Kathleen y Philip Smith (1999). From de sick role to the subject positions: a new approach to the medical encounter. *Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1177/136345939900300101>
- Farmer, Paul (2003) *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley y Los Angeles, CA: University of California Press.
- Galvin, Rose (2002). Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of moral. *Health*, 6(2), 107-137. <https://doi.org/10.1177/136345930200600201>

- Good, Byron (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Hernández-Vásquez, Akram y Carlos Rojas-Roque (2020). Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22(1), 9-15. <https://doi.org/10.18176/resp.0002>
- Hughes, Christina (2002). *Key Concepts in Feminist Theory and Research*. Londres: Sage. <https://doi.org/10.4135/9780857024459>
- Loewe, R. (2004). Illness Narratives. En *Encyclopedia of Medical Anthropology Health and Illness in the world's cultures* (I, 42-49). Nueva York: Yale University. [https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X\\_6](https://doi.org/10.1007/0-387-29905-X_6)
- Mattingly, Cheryl (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139167017>
- Médicos sin Fronteras (1999). *Estudio sobre las condiciones de salud en relación a la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida en el establecimiento penitenciario de régimen cerrado ordinario de Lurigancho*. Lima: Médicos sin Fronteras.
- Nuñovero, Lucía (2019). Cárceles en América Latina 2000-2018. Tendencias y desafíos. *Cuaderno de Trabajo*, 50. Lima: PUCP, Departamento Académico de Ciencias Sociales.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Serie *Abordaje a poblaciones vulnerables*. Washington, D.C.: OPS.
- Pedraza, Wilfredo (2005). Necesitamos un nuevo paradigma de cárcel. *IDEELE*, 168, 72-74.
- Phillips, L., R. Allen, K. Salekin y R. Cavanaugh (2009). Care Alternatives in Prisons Systems. Factors Influencing End-of-Life Treatment Selection. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 620-634. <https://doi.org/10.1177/0093854809334442>
- Portocarrero, Julio (2006). *Un juego de preguntas y respuestas. Tuberculosis, narrativas de aflicción y encuentros médicos en dos prisiones de Perú*. Lima: PUCP.
- Rodríguez, Luis y Carlos Chimoy (2017). Características epidemiológicas de tuberculosis pulmonar en establecimiento penitenciario de varones de Trujillo - Perú. *Acta Med Peru*, 34(3), 182-187. <https://doi.org/10.35663/amp.2017.343.397>
- Salazar Ana, Diana Ardiles, Roger Araujo y Jorge Maguiña (2019). High prevalence of self-reported tuberculosis and associated factors in a nation-wide census among

prison inmates in Peru. *Tropical Medicine and International Health* 24(3), 328-338. <https://doi.org/10.1111/tmi.13199>

Scheper-Hughes, Nancy (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Tsing, Anna (2004). *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton, NJ: Princeton University. <https://doi.org/10.1515/9781400830596>

Yagui Martín, Oswaldo Jave, Maricela Curisinche, César Gutiérrez y Franco Romani (2013). Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011-2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(1), 151-158. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000200011>

Zárate, Eduardo, Irma Lobón, Carlos Saavedra. y María Castañeda. (2005). Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios: *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad Mayor de San Marcos, 65(2), 148-158. <https://doi.org/10.15381/anales.v66i2.1365>