



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Proyecto “*Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad*”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

Guía Docente

Orientación a los Equipos de Salud
en Atención en Centros
de privación de libertad

Abreviaturas

- ASSE:** Administración de los Servicios de Salud del Estado.
- CHLA-EP:** Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
- CIAF:** Centro Integral de Atención Femenino.
- CIEDD:** Centro de Ingreso, Estudio, Diagnóstico y Derivación
- CNA:** Código de la Niñez y Adolescencia
- D.N.AA.SS** Dirección Nacional de Asuntos Sociales
- DNSP:** Dirección Nacional de Sanidad Policial
- ECNT:** Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
- HC:** Historia Clínica
- INAU:** Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
- INISA** El Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (ex SIRPA)
- INR:** Instituto Nacional de Rehabilitación
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- MSP:** Ministerio de Salud Pública.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PNEL** Patronato Nacional de Encarcelados y Liberados.
- PNSAyJ:** Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud
- PPL:** Persona privada de libertad.
- SAI PPL:** Sistema de Atención Integral de las PPL de ASSE
- SDNSP** Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial
- SIPI:** Sistema de Información para la Infancia.
- SIRPA:** Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
- UDD:** Unidad de Diagnóstico y Derivación.
- UI:** Unidad de internación
- UIDDZM:** Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de la Zona Metropolitana.
- UIPPL:** Unidad de Internación para PPL (establecimiento penitenciario)
- VIH** Virus Inmunodeficiencia Humana

Guía docente <Orientación al Equipo de Salud en Atención en Centros de privación de libertad >

Contenido

	Introducción	4
	Aspectos metodológicos	5
	Módulo I – Estrategia de Salud en centros de privación de libertad en el marco del SNIS	9
	I.1 Conceptos generales de salud – Salud en centros de privación de libertad - Estrategia	9
	I.2 Principios del SNIS: sistema, organización y redes	14
	I.3 Primer nivel de atención. Enfoque de prevención y promoción de salud	21
	Módulo II - Situación de salud de las PPL	30
	II.1 Importancia	30
	II.2 Metodologías de abordaje en la práctica actual	32
	II.3 Perfil de salud de la población PPL	33
	Módulo III – Derechos y determinantes de salud	45
	III.1 Derechos humanos, derecho a la salud	45
	III.2 Perspectiva de género y generaciones	54
	III.3 Concepto de determinantes	60
	III.4 Vulnerabilidad	62
	Módulo IV - Salud, ambiente y privación de libertad	66
	IV.1 Condiciones de privación de libertad: encierro, visitas, alimentación, violencia	66
	IV.2 Ambiente: entornos saludables	72
	IV.3 Rol garante del equipo de salud	73
	Modulo V – Protocolos de atención de salud	78
	V.1 Importancia y abordaje general de uso de protocolos	78
	V.2 Aspectos de relevancia específicos en los nuevos protocolos de salud	79
	Anexo I: Vigilancia y notificación obligatoria	96
	Anexo II: Formulario de condición de reclusión	99
	Anexo III: Planilla de vigilancia ambiental	100
	Anexo IV: Pretest, Post-test ,Respuesta de los test	102

Introducción

El Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”, en su Sector de intervención 3 – “Salud en centros de privación de libertad”, define como resultado esperado: **<Un sistema integral de atención sanitaria en el nivel primario de los centros de Internación de personas privadas de libertad está implementado con un personal adecuadamente capacitado en materia de medicina penitenciaria y en materia de salud adolescente>**. Por lo tanto la orientación en servicio al personal de salud en temáticas vinculadas a la estrategia de salud en centros de privación de libertad en general es un componente indispensable para avanzar hacia la consecución de dicho Sistema Integral de Atención de salud en centros de privación de libertad.

Esta guía busca aportar los elementos necesarios para que el coordinador-docente del Componente 1 del Programa de Capacitación, **Orientación en servicio a equipos de salud en Atención en centros de privación de libertad**.

Para ejecutar las actividades previstas en el taller el coordinador docente habrá participado en una edición del taller perteneciente al componente de orientación en servicio.

En su rol de coordinación docente deberá apoyar la organización del taller, definiendo la convocatoria según los acuerdos con las respectivas autoridades sanitarias (SAI-PPL / ASSE, DNAS, INISA), los aspectos locativos y de logística según la procedencia de los técnicos, coordinar con antelación la eventual invitación a expositores externos y/o otros recursos internos de apoyo (docentes facilitadores), y asegurar la concreción de los aspectos administrativos (material impreso). Se recuerda que el número de participantes por cada Taller de Orientación no debería superar los 30, de forma de facilitar la integración y el trabajo en subgrupos. La orientación en servicio corresponde a todo el personal del equipo de salud, se trate de profesionales médicos, odontólogos, licenciados, auxiliares, administrativos. De ser posible, incluir también a los especialistas. Si bien el contenido integra conceptos que pueden ser incorporados por personal que atiende tanto a adultos como a adolescentes, varones y mujeres, puede facilitar la dinámica y el fortalecimiento de los aspectos vinculares y de pertenencia que se convoque en forma separada a equipos que atienden a adultos, de los que atienden a adolescentes.

El perfil del docente - coordinador debe incluir habilidades para la resolución de problemas, la escucha y la comunicación; deberá estar motivado por la función, tener capacidades didácticas básicas y facilidad en la exposición, además de conocer la temática de los módulos, brindar herramientas conceptuales y metodológicas que permitan a los participantes apropiarse de los contenidos.

El coordinador tratará que la persona que se orienta o capacita manifieste un interés personal y vea un beneficio en la participación del taller. Acompañará y orientará el intercambio, a través de dinámicas que habiliten la efectiva participación y comprensión de los temas tratados.

La invitación a participar del taller implica hacer llegar a los convocados el programa del mismo en forma previa, y de ser posible, el material de trabajo en que se apoyará el taller - Manual del Participante y Protocolos. En el curso del taller se realizan actividades para estimular a los participantes a conocer la bibliografía del mismo. El coordinador ofrece ideas nuevas, respalda

o cuestiona comentarios y observaciones de los participantes, enriqueciéndose en el proceso de capacitación conjuntamente con los participantes, y promueve su participación.

Los adultos aprenden mejor tomando sus experiencias como base para los nuevos conocimientos. La experiencia de vida del adulto, las configuraciones ideológicas, los prejuicios, las formas de percibir la realidad, pueden ser facilitadoras u obstaculizadoras de los procesos de enseñanza. Lleva más tiempo remover prácticas arraigadas en el transcurso de muchos años, para apropiarse de las nuevas.

La orientación en servicio ofrece la posibilidad de reflexionar sobre la práctica, conocer a técnicos con similares preocupaciones, escuchar comentarios y propuestas que parten de realidades laborales similares. **Toda orientación en servicio fortalece el rol rector de la autoridad sanitaria correspondiente, y favorece la sensación de pertenencia organizacional, con la correspondiente mejora de las situaciones de desgaste laboral, condición generalmente importante en los equipos de salud penitenciarios. Este objetivo secundario de toda orientación debe ser tenido en cuenta al momento de la organización del taller y la jerarquización de las instancias de intercambio y escucha.**

Debe insistirse en la importancia de la orientación permanente en servicio por lo que ésta significa en la dignificación de la tarea y en la mejora de la calidad de atención, así como en la oportunidad de ofrecer espacios de diálogo y propuesta.

Las autoridades de salud responsables velarán porque todo el personal sea convocado y se asegure su participación, aplicando deméritos en la foja laboral en caso de ausencia no justificada. La participación debe ser de carácter obligatoria, estableciéndose por parte de las autoridades los mecanismos de compensación horaria que correspondan, dando aviso con suficiente antelación a los convocados.

Aspectos metodológicos

Las tareas del coordinador docente en el desarrollo del taller serán:

- Presentar el curso e informar sobre los objetivos del mismo, la metodología, las características del taller y contenidos temáticos.
- Coordinar, promover y desarrollar acciones que contribuyan a potenciar y mejorar los procesos de aprendizaje y socialización de los participantes.
- Controlar el tiempo, favoreciendo siempre los momentos de discusión grupal y cumplir con el cronograma del taller de manera que los módulos comiencen y terminen en los horarios establecidos
- Realizar las presentaciones establecidas para cada módulo, de no contar con expositores invitados.
- Entregar el material de estudio correspondiente a cada módulo.
- Favorecer el proceso de reflexión e intercambio.
- Resaltar, cuando sea necesario, los aspectos más importantes de los temas tratados.
- Estar atento para detectar la aparición de problemas que afecten al grupo de trabajo, y darles respuesta.
- Proveer de los test que se incluyan en el curso.

Se facilita el aprendizaje en los talleres si el coordinador docente logra¹:

<ul style="list-style-type: none">• Aclarar a los participantes el objetivo de la capacitación/orientación en servicio. Si los participantes conocen los propósitos, se pueden ubicar en el proceso y participar activamente en él.
<ul style="list-style-type: none">• Dosificar la cantidad de información. Solamente se puede acumular una cantidad limitada de información en la memoria corta.
<ul style="list-style-type: none">• Combinar información nueva con las experiencias personales de los participantes. Idealmente, la información nueva aporta elementos para solucionar los problemas
<ul style="list-style-type: none">• Tener en cuenta el nivel de formación de los participantes y adaptando el punto de partida del aprendizaje a sus habilidades. Exigir algo fuera de este nivel significa desmotivarlos. La meta del taller tiene que ser conseguida por los participantes con sus propios recursos
<ul style="list-style-type: none">• Posibilitar la reflexión a partir de la práctica. Desarrollar estrategias participativas variadas (dinámica de taller)
<ul style="list-style-type: none">• Alternar dinámicas Por ejemplo, después de una exposición, seguir con un trabajo en grupo, utilizar distintas herramientas de visualización ,etc.
<ul style="list-style-type: none">• Resumir y retomar lo aprendido, atendiendo a las necesidades de los participantes.
<ul style="list-style-type: none">• Permitir que los participantes tomen decisiones sobre lo que quieren aprender y cómo quieren hacerlo, especialmente en lo referente a los contenidos y herramientas didácticas ofrecidos en la capacitación. Si no se respeta esta libertad, las personas tienen mayor resistencia al cambio y no aceptan nueva información.
<ul style="list-style-type: none">• Comprender la capacitación como un proceso multidireccional. Los participantes aprenden de los capacitadores, pero los capacitadores también aprenden de las experiencias de los participantes, y los participantes aprenden de otros participantes.
<ul style="list-style-type: none">• Entendiendo que un taller es un momento en un proceso de capacitación. El seguimiento y el apoyo para aplicar los aprendizajes son elementos complementarios de un verdadero proceso de formación. Esto implica promover acciones de seguimiento a la interna de las UI con los responsables de cada equipo.

Edición de materiales de apoyo al Taller

La preparación del Taller de Orientación en Servicio a equipos de salud en Atención en centros de privación de libertad obliga a contar con los siguientes insumos editados:

- a. Programa del Taller, con días y horario
- b. Certificaciones
- c. Registro de presencias de los participantes según días del Taller

¹ Extraído de: Candelo, Carmen y et. Hacer talleres .Una guía práctica para capacitadores .Colombia 2003.Disponible en:
http://www.gwp.org/Global/GWP-SAm_Files/Publicaciones/Hacer-talleres-qu%C3%ADa-para-capacitadores-esp.pdf

- d. Una o más Guías docentes
- e. Manual de los Participantes Módulos I a V en cantidades suficientes (Módulo V editado en forma separada, se entrega el día del taller) (También se edita por separado el resultado del Estudio Epidemiológico, correspondiente al Módulo II, y se entrega a los participantes dicho día).
- f. Set de Protocolos (8) en cantidad suficiente (un set por participante)
- g. Formularios de pre-test y post test en cantidad suficiente.
- h. Formularios de evaluación final del Curso en cantidad suficiente
- i. Eventualmente, lista de participantes con datos del establecimiento donde trabajan, y un teléfono o mail de contacto, de ser de interés su distribución entre los participantes

Distribución de materiales

Una vez acordado con la autoridad sanitaria respectiva – ASSE, SDNSP, INISA - el perfil de los participantes al Taller (técnicos de equipos de salud por establecimiento, por región), y realizada la convocatoria, se confirman los nombres de los participantes, y se les hace llegar con antelación de unos 10 – 15 días, de ser posible, el Programa del taller y los Protocolos de atención (7)², con una nota desde la organización del Taller dando cuenta que su participación se encuentra confirmada en el taller a realizarse en la fecha prevista, que se adjunta el Programa confirmando días y horarios, y los Protocolos de Atención para que los vayan conociendo.

De ser posible, será conveniente que al momento de entregar este material se tome la firma de conformidad del participante, de modo de confirmar que los mismos fueron entregados.

Al inicio del Taller, en el momento de la presentación general, se realiza la distribución del pre-test con 10 minutos para una breve respuesta, se recoge el mismo y se hace entrega del Manual del Participante Módulos I a IV. El Módulo V será entregado al inicio de la quinta sesión, ya que según los aspectos metodológicos, se requiere que los comentarios de síntesis de los Protocolos no hayan sido vistos con antelación. También será entregado en el momento el informe de Situación de Salud según el Estudio Epidemiológico, ya que también el mismo se integra a una dinámica participativa

Al final de la última sesión del Taller se entrega el post test para su rápida respuesta en 10 minutos, y el formulario de Evaluación del Taller, para ser completado en 15 minutos. Vale señalar que en toda ocasión de Taller se recogen menos respuestas de evaluación que las que corresponden al total de participantes. Se considerará una cifra aceptable para realizar la síntesis de opiniones contar con una cifra próxima a la mitad de participantes.

Otros insumos de apoyo

Como ya fue señalado en el Programa de Capacitación Componente 1, la organización del Taller debe prever otros recursos:

- Requerimientos técnicos: proyector, pantalla, pizarra, hojas, tarjetas; eventualmente micrófono y amplificación
- Café, té y/o refresco para los intervalos.

² El Programa Justicia e Inclusión – Sector de Intervención 3 “Salud en los centros de privación de libertad” incluyó como producto por parte de la cooperación técnica de OPS la elaboración de **8 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**. En tanto hay 2 protocolos de ingreso, uno para población adulta y otro para adolescentes, a cada participante le corresponde contar con 7 protocolos, según su responsabilidad en servicio de INR o INISA

Formato de la Guía Docente

La Guía Docente que se presenta a continuación incluye 4 partes por cada Módulo:

1. breve **reseña temática** de los 5 módulos del <Taller de Orientación a equipos de salud en Atención en centros de privación de libertad>
2. una **distribución horaria** según módulos.
3. una **propuesta didáctica** que incluye aspectos expositivos con dinámicas participativas.
4. lista de **materiales** requeridos.

El docente preparará su presentación temática en forma oral y/o con apoyo de una proyección para facilitar el seguimiento, ateniéndose a los tiempos estipulados para permitir el intercambio grupal. Vale señalar que en tanto el manual del participante cuenta con similares insumos teóricos, éstos pueden ir siguiendo la exposición en base al mismo, sin exigencia de toma de notas en forma sistemática.

Propuesta participativa reglada

En tanto cada Módulo tiene en general una carga temática bastante extensa, debe solicitarse a los participantes que se atengan a la propuesta participativa en particular en los espacios grupales definidos en cada módulo, y en aquellos momentos en que el docente pida aporte de conceptos o comentarios para apoyar un tema determinado, en forma breve.

Tener presente que el ámbito de encuentro genera necesidades de intercambio en los participantes, interés en contar sus experiencias, y si se no se regula esta participación puede obstaculizar el desarrollo del taller. Por lo mismo, es conveniente hacer esta precisión al inicio del mismo. El Taller de Orientación puede convertirse en una herramienta de apoyo para minimizar situaciones de burn out presentes en general, según se logre el involucramiento de los participantes en forma ordenada, sin generar disconformidades por expectativas no cubiertas.

MÓDULO I – ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD EN EL MARCO DEL SNIS

Unidad I.1 - Conceptos generales de salud – Atención de salud en centros de privación de libertad.- Estrategia

Unidad I.2 - Principios del SNIS: sistema, organización y redes

Unidad I.3 - Primer nivel de atención con enfoque de prevención y promoción de salud

1. Reseña temática
2. Distribución horaria
3. Propuesta didáctica
4. Materiales necesarios

1. Reseña temática

Unidad I.1: Conceptos generales de salud – Salud en centros de privación de libertad. Importancia de la Estrategia

Generalidades del concepto de salud

Desde 1946 la Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³.

Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era simplemente la ausencia de enfermedades biológicas. Esta concepción amplia de la salud tiene en cuenta que los cuadros emocionales y el contexto social inciden sobre el bienestar de las personas, más allá de que contraigan o no determinadas enfermedades.

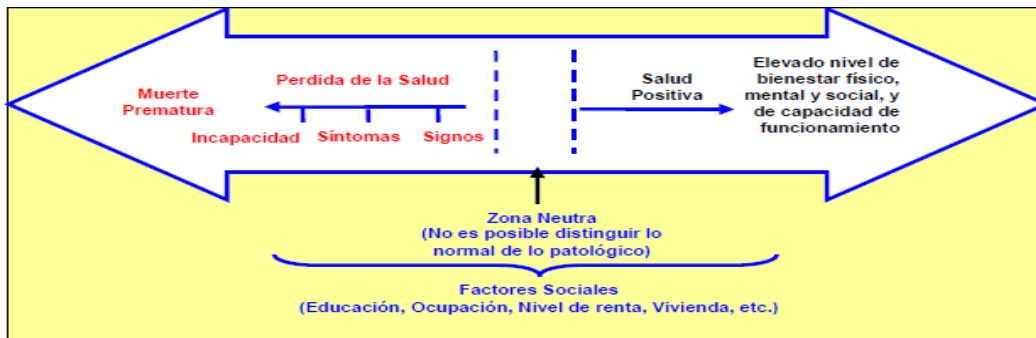
Es un proceso dinámico y complejo de salud-enfermedad, en el que intervienen tanto las condiciones y comportamientos individuales como el medio ambiente físico y social en que se vive. No existe una separación absoluta entre salud y enfermedad sino que forman un continuo cuyos extremos son un estado de salud óptimo y la muerte por el otro lado⁴.

Se dan diferentes grados entre la salud positiva y la pérdida de salud donde existe una zona neutral, reflejo de que la separación entre el binomio salud-enfermedad no es absoluta, provocando situaciones en las que es difícil diferenciar lo patológico de lo normal porque interfieren factores sociales y ambientales.

³ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

⁴ Piédrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 2001

El Continuo Operativo Salud – Enfermedad:



Tomando en cuenta estos aspectos se define la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”⁵.

Existe consenso en que el estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran. Estos diversos determinantes o factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud⁶. Los determinantes de la salud, de particular importancia para las PPL, se jerarquizan en el Módulo III.

Salud pública y salud en centros de privación de libertad.

La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de una comunidad. Es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades. La Salud pública es una responsabilidad de los Gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población.⁷ La salud pública aplica instrumentos hacia la comunidad relacionados con el área de promoción de salud, con el área preventiva – vacunaciones, por ejemplo – y con el área asistencial, bajo forma de guías y protocolos de atención.

La salud en las cárceles debe jerarquizarse como parte de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud ha proporcionado una serie de argumentos sobre por qué las cárceles y la salud pública deberían estar más integradas⁸.

Algunos de los motivos incluyen:

- ✓ Las cárceles albergan a un número desproporcionado de grupos marginados, personas en malas condiciones de salud y con enfermedades crónicas no

⁵ Salleras Sanmartí, Luis .Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Ediciones Diaz de los Santos :Madrid .1990.

⁶ Benia ,W,et.al ; Temas de Salud Pública 1.. Tomo Depto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Oficina del Libro FEFMUR. 2008.

⁷ Salleras Sanmartí, Luis .Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Ediciones Diaz de los Santos :Madrid .1990.

⁸International Centre for Prison Studies. **Prison Health and Public Health**: The integration of Prison Health Services. Report from a conference organised by the Department of Health and the International Centre for Prison Studies London, April 2004. Disponible en : http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/prison_health_4.pdf

tratadas, y aquellos que se involucran en prácticas riesgosas como el consumo de drogas y la comercialización del sexo.

- ✓ El alto índice de movilidad de las personas desde la sociedad hacia las cárceles, donde el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión es alto, y de las cárceles a la sociedad, sin haber recibido en muchos casos un tratamiento efectivo.
- ✓ La condición de las cárceles es en sí poco saludable, faltando en general espacio para el alojamiento, buenos niveles de higiene, alimentos, en ocasiones agua potable, actividad física. Además, los internos están sujetos a altos niveles de violencia.

Los problemas de salud de las prisiones van a repercutir de forma ineludible en la sociedad, en el sentido inverso, toda actuación de la sociedad en el sentido de mejorar las condiciones de vida y salud de los presos repercutirán favorablemente en la sociedad.

La población privada de libertad mantiene contacto directo con el resto de la población. Habitualmente reciben las visitas de niños y adultos, quienes permanecen varias horas en el medio penitenciario. Las PPL se relacionan internamente con sus compañeros, con el personal penitenciario, externamente puede ser trasladada de un centro de privación de libertad a otro y recibir visitas de otros agentes externos (abogados, instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales, organizaciones, de derechos humanos, etc.). Muchos de los internos tienen salidas transitorias o permiso para estudiar o trabajar fuera de la cárcel, y en algún momento logran la libertad regresando a su hogar con sus familiares y contexto social.

Los efectos negativos sobre la salud de las PPL no se limitan al entorno social, sino que se extienden hacia sus familias y al resto de la población. Toda acción que se implemente a favor de la salud de las PPL, será beneficiosa para la salud de la población en general.

Por otro lado, los efectos de un entorno no saludable de la cárcel repercuten también en la población que vive cercana a la misma (aguas servidas, roedores, insectos, que pueden expandirse más allá de los límites carcelarios).

La implementación de actividades de protección y promoción de la salud, así como la prevención de las enfermedades para las PPL dentro de los establecimientos penitenciarios contribuye a la salud pública del país, en la medida en que, tras la detección oportuna de riesgos, se facilita el desarrollo de acciones preventivas y asistenciales que se verán reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficiente de los recursos en salud.

La educación para la salud, la prevención de enfermedades, - la vigilancia epidemiológica, por ejemplo -, y los protocolos de atención son herramientas básicas de salud pública a aplicar en ámbito penitenciario.

Particularidades de la atención en centros de privación de libertad

La salud física y mental de los internos es uno de los aspectos más importantes y más vulnerables de la vida en una prisión. Las necesidades de la población carcelaria debido a sus características socio-económicas son proporcionalmente más altas que aquellas de la

comunidad en general. Dichas características incluyen bajos niveles de salud y nutrición y alta prevalencia del uso problemático de las drogas. Factores como el hacinamiento y la insalubridad contribuyen a empeorar el estado de salud durante su privación de libertad⁹.

Los tipos de demandas dentro de cada UI cambian mucho de uno a otro centro. Una serie de factores influyen en esta variabilidad:

1. Las PPL están divididas en categorías que determinan en gran parte el tipo de necesidades de asistencia, por ejemplo están separados por sexo - prisiones de mujeres y de hombres- ; están separados por edades - hay recintos de jóvenes y de adultos -, tienen diferente situación penal,- hay sujetos a la espera de juicio que acaban de ingresar en prisión o saldrán pronto en libertad provisional o internos que ya están cumpliendo condena desde hace años en el mismo centro y van a seguir en él por mucho tiempo más-.
2. También hay distinción en cuando a la seguridad, - máxima, mediana o mínimas condiciones de seguridad, según el grado mayor o menor de peligrosidad y/o inadaptación de la conducta del interno, lo que muy frecuentemente va asociado a mayor frecuencia de trastornos del comportamiento o enfermedades mentales graves. La mayor prevalencia de una serie de padecimientos entre los internos también va a determinar las necesidades de asistencia más frecuentes, por una parte hay que atender las consultas comunes del nivel primario correspondientes a los grupos de edad de los internos (enfermedades respiratorias, accidentes y traumatismos, procesos metabólicos, quirúrgicos, ginecológicos, etc.); por otro lado hay una mayor concentración de riesgos en una serie de padecimientos que se asocian a conductas delictivas, como son los trastornos de personalidad o el abuso de drogas; otras enfermedades van unidas a la exclusión social y la pobreza, ambas frecuentes entre los internos, como por ejemplo la tuberculosis o los problemas buco-dentales. También pueden aparecer trastornos como consecuencia misma del encarcelamiento, sobre todo relacionados con la salud mental.
3. Otro elemento que determina el tipo de atención sanitaria en prisión es el propio entorno penitenciario, que influye en el manejo de estos procesos, en su detección, seguimiento y tratamiento. Toda la vida de la PPL está organizada sobre la base de la seguridad, la convivencia disciplinada, el horario, etc. En definitiva la institucionalización puede influir de manera importante en la atención médica¹⁰.

La restricción que los internos tienen a todos los recursos asistenciales informales, el hecho de estar mal informados sobre las posibilidades de autocuidado, o la falta de apoyo social disponible y la ausencia de botiquín propio, unido a la canalización de cualquier problema de salud por simple que sea, hacia el servicio sanitario del centro, hace que éste se sobrecargue de manera ineficiente atendiendo problemas menores en lugar de emplear su tiempo detectando y tratando problemas más serios.

⁹ García-Guerrero J. Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Vol 8, No 3 .2006. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/121/282>

¹⁰ Extraído de: Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación Revista Española de Sanidad Penitenciaria Vol 5, No 2, año 2003. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245/540>

Hacia una Estrategia de salud en centros de privación de libertad

Los Estados tienen la obligación de implementar una legislación, políticas y programas consistentes con las normas internacionales sobre derechos humanos y de asegurar que se proporcione a los internos un nivel de cuidado de la salud equivalente al que se encuentra en la comunidad fuera de la cárcel.

El Proyecto¹¹ “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”, en su Sector de intervención 3 – “**Salud en centros de privación de libertad**”, define como resultado esperado: *<Un sistema integral de atención sanitaria en el nivel primario de los centros de Internación de personas privadas de libertad está implementado con un personal adecuadamente capacitado en materia de medicina penitenciaria y en materia de salud adolescente>* .

El documento presentado por la consultoría técnica de OPS “*La Estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente*” plantea lineamientos generales y propuestas de organización, como aporte para la definición de una estrategia de atención integral a la salud de los adultos y adolescentes privados de libertad en Uruguay, que contemple el respeto de sus derechos, el cumplimiento de los acuerdos internacionales para el tratamiento de los internos, así como los valores y principios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La Estrategia para la Atención Integral de salud a las PPL tiene como principal objetivo, definir las líneas generales de planificación para la actuación sanitaria en el contexto de encierro, asentándose en la realidad epidemiológica particular, con vistas a optimizar el cuidado de la salud.

Los ejes de desarrollo de la “*Estrategia hacia un sistema integral de atención de salud en centros de privación de libertad*” son:

1. la integración al SNIS según sus principios y valores, y a sus redes de atención
2. el fortalecimiento del primer nivel de atención
3. la continuidad de la atención en los siguientes niveles coordinados
4. la mejora de calidad de atención en base al seguimiento de protocolos de atención
5. la sistematización de acciones de promoción y prevención que vinculen con la salud de las personas y los ambientes saludables, en cumplimiento del rol garante del equipo de salud

¹¹ El **Programa de Justicia e Inclusión** es un proyecto de cooperación internacional firmado entre el Gobierno Nacional, a través de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, y la Unión Europea, que apunta a contribuir a la mejora del sistema de justicia penal en Uruguay. El componente <Salud en los centros de privación de libertad> fue encomendado a la consultoría técnica de OPS.

Los principales **objetivos** del programa son:

- Promover la reforma integral de la política de justicia penal, con especial hincapié en la implementación de una nueva legislación de penas alternativas a la prisión.
- **Contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas privadas de libertad, adultas y adolescentes, en materia de salud, educación, trabajo y promoción de la inclusión social.**
- Mejorar el trato y la convivencia en los centros de privación de libertad, mediante la capacitación y formación continua de los funcionarios, de manera de contribuir a la disminución de la violencia intracarcelaria y adecuar las prácticas a los estándares internacionales.

El Programa coordina los esfuerzos de diversas áreas del Estado para la consecución de sus objetivos centrales, trabajando en cinco ejes: reforma procesal penal, reforma administrativa y fortalecimiento de las capacidades del sistema de medidas privativas y no privativas de libertad, salud, educación e inclusión socio-laboral. (sigue)

A su vez interactúa y trabaja con todos los poderes del Estado: el Legislativo, el Judicial y el Ejecutivo, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay (INAU) y la Junta Nacional de Drogas (JND). La coordinación operativa del Programa correspondió a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), quien realizó acuerdos de ejecución con: Corporación Nacional para el Desarrollo (CND), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

6. la capacitación / orientación permanente para reflexionar sobre las prácticas y mejorar la calidad de las prestaciones.

Unidad I.2- Principios del SNIS: sistema, organización y redes

Punto de partida

A partir del año 2005, Uruguay inició un proceso de reforma de su sistema de Salud, que tiene como hito fundamental la promulgación de la Ley 18.211¹² de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en diciembre de 2007.

También a partir del año 2005, se inició un proceso de reforma del sistema penitenciario. La Ley N° 17.897, de julio de 2005, llamada de "Humanización y Modernización del Sistema Carcelario", estableció un conjunto de medidas orientadas a mejorar las condiciones de privación de libertad y jerarquizar determinadas instituciones y dio un paso hacia un cambio de concepción en la política criminal del Estado uruguayo.

En el proceso de construcción de un Sistema Penitenciario Nacional, con el propósito de instalar definitivamente un modelo *global* de gestión de la privación de libertad en las personas adultas acorde a los parámetros de buenas prácticas penitenciarias establecidos por la comunidad internacional, se crea el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), por Ley 18.719 de diciembre de 2010¹³.

El sistema de medidas privativas de libertad para adolescentes, también está en un proceso de transición. En diciembre de 2015 se legisla la creación del INISA – Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente - como servicio descentralizado dependiente del MIDES, con el propósito desarrollar un modelo de atención y rehabilitación de adolescentes en conflicto con la Ley¹⁴ (con anterioridad el organismo competente era el SIRPA, dependiente de INAU).

En el marco de estos procesos de cambio, donde se reconocen los derechos de las personas privadas de libertad y se avanza en la protección y mejora de sus condiciones de vida en los centros de privación de libertad, es imperativo que la organización de la atención a la salud en los establecimientos penitenciarios respete las pautas del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), *un único sistema para todos los habitantes, con ajuste de prioridad según sus necesidades específicas*.

El sistema de atención integral a las PPL en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las PPL – hoy llamadas Reglas Mandela - afirman que los servicios de salud en las instituciones de privación de

¹² Ley 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

¹³ Artículo 221.- Créase en el Inciso 04 "Ministerio del Interior", programa 461 "Gestión de la Privación de Libertad", la unidad ejecutora 026 "Instituto Nacional de Rehabilitación". Tendrá jurisdicción nacional y dependerá directamente del Ministro del Interior. Serán sus cometidos:

- A) La organización y gestión de las diferentes instituciones penitenciarias establecidas o a establecerse en el país, que se encuentren bajo su jurisdicción.
- B) La rehabilitación de los procesados y los penados.
- C) La administración de las medidas sustitutivas a la privación de libertad.

Asumirá asimismo todas las atribuciones y cometidos que le correspondían a la Dirección Nacional de Cárceles, Penitenciarías y Centros de Recuperación.

Transfíranse a esta unidad ejecutora, los recursos humanos y materiales afectados a las actividades y dependencias de la unidad ejecutora 026 "Dirección Nacional de Cárceles Penitenciarías y Centros de Recuperación".

¹⁴ Ley 19.367 de diciembre 2015, de creación del INISA

libertad “deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación”¹⁵.

El derecho de las PPL, como el de todas las personas, a “disfrutar del mayor nivel alcanzable de salud” es garantizado por la ley internacional en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, y el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Basada en este principio, la comunidad internacional ha aceptado generalmente que los internos mantengan todos los derechos que no se le quitan en virtud de la encarcelación, incluyendo el derecho al mayor nivel alcanzable de salud física y mental.

La consolidación de un sistema de atención integral de salud para las personas privadas de libertad en Uruguay, debe reconocer como suyos los principios fundamentales y objetivos del SNIS.

Son **principios rectores** del SNIS¹⁶:

- La **promoción de la salud** con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- La **intersectorialidad** de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La **cobertura universal**, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- La **equidad, continuidad y oportunidad** de las prestaciones.
- La **orientación preventiva, integral y de contenido humanista**.
- La **calidad integral de la atención** que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- El **respeto al derecho de los usuarios** a la decisión informada sobre su situación de salud.
- La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- La participación social de trabajadores y usuarios.
- La solidaridad en el financiamiento general.
- La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Destacamos algunos de los **objetivos** del Sistema¹⁷:

- Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante **el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida**, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Implementar un **modelo de atención integral**, basado en una estrategia sanitaria común, con políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo los cuidados paliativos.
- Organizar la prestación de los servicios según **niveles de complejidad** definidos y áreas territoriales.
- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, **promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales**.

¹⁵ Reglas Mínimas para el tratamiento de los Reclusos – Regla 22

¹⁶ Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud – Artículo 3°

¹⁷ Ley N° 18.211. Artículo 4to

Jerarquía del modelo de atención

Los análisis de la evolución del proceso de reforma del sector salud y de la implantación del SNIS señalan que el componente en el que se registran menos avances es el cambio del modelo de atención¹⁸. Actualmente el desafío del sistema y de los prestadores que lo integran es avanzar en la construcción de un modelo que mejore la integralidad y calidad asistencial, que supere la fragmentación y asegure la continuidad de la atención.

Modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). La Ley de creación del SNIS recoge, como uno de sus principios fundamentales, la necesidad de implementar un cambio en el modelo de atención a la salud, con una orientación que privilegie la promoción de salud y la prevención de enfermedad, **una estrategia de APS con énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema.**

Según la OPS, un sistema de salud basado en la APS¹⁹ supone:

- *Un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.*
 - *Está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad.*
 - *Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.*
 - *Requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.*
 - *Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.*
 - *Promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.*
-

Avanzar con esta estrategia en el proceso de consolidación del sistema de atención a la salud integrando un Sistema Integral para la atención de las PPL, supone reconocer que existen diferencias entre la población en contexto de encierro y la población general.

Análisis de los elementos esenciales del SNIS con mirada de salud en centros de privación de libertad.

- La **cobertura y el acceso universal** a los servicios de salud en los establecimientos penitenciarios, es parte de un proceso de fortalecimiento de los servicios de salud

¹⁸ RÍOS, G. & SÁNCHEZ, D. (2013). «Perfil descriptivo del sistema de salud de la República Oriental del Uruguay, 2013. Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados Parte del Mercosur. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud.

¹⁹ OPS (2008). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. n° 1. *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.* Washington D. C.: OPS

propios (ya sea los gestionados por la SDNSP como los de ASSE en los establecimientos de privación de libertad) y de los de la red de servicios de ASSE para la atención de la población general, en aquellos centros de baja concentración de PPL.

- El **primer contacto** con el sistema estará dado por un **primer nivel de atención** fortalecido en los establecimientos, con Médicos Generales de referencia o especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que puedan brindar una **atención integral, integrada y continua**.
- Asegurar **cuidados apropiados** en todos los centros de privación de libertad, supone asignar **recursos adecuados y sostenibles, en especial recursos humanos adecuados** a las dimensiones de cada centro, debidamente calificados para la atención de PPL.
- Un sistema de **promoción** de la salud en las unidades penitenciarias, para generar una comunidad saludable, precisa que el cuidado del modo de vida sea una herramienta aprehendida por la comunidad penitenciaria. Por lo tanto, es estratégica la formación en conceptos centrales de la salud, tanto para el personal penitenciario como para la población privada de la libertad. Tener presente que tanto las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las PPL como la legislación vigente, establecen el rol garante de los equipos de salud hacia las condiciones de vida y entorno en las prisiones.
- Desarrollar estrategias de **prevención** para las patologías prevalentes en contextos de encierro. Las personas que viven en lugares cerrados tienen un riesgo epidemiológicamente mayor de padecer un brote de enfermedades transmisibles y problemas vinculados a la salud mental.
- Actualmente la atención a la salud de los internos es compartida por servicios que dependen de la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). A partir del año 2010 se inició un proceso de transferencia de la responsabilidad asistencial desde los servicios que dependían de la DNSP a ASSE, proceso que aún no ha culminado²⁰. Esta realidad supone definir **un modelo común de organización y gestión** de la atención, que responda a cada realidad.
- Contar con un **marco político, legal e institucional sólido** es uno de los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS. En este sentido, se plantea la necesidad de fortalecer los acuerdos entre los servicios de atención a la salud y los servicios responsables de la custodia, **bajo la forma de gobernanza compartida**, de forma de cumplir con la normativa vigente en el país y los acuerdos internacionales desde la perspectiva de derechos de las PPL.

²⁰Transferencia de responsabilidad a ASSE: Ley N° 18.719-Presupuesto Nacional 2010-2014. Autorización a DNSP para continuar la atención: Ley N° 19.149-Rendición de cuentas ejercicio 2012

Red de servicios – servicios en red

La fragmentación en el sistema de salud es una de las principales determinantes de la falta de atención del proceso salud-enfermedad. **Generar un sistema de continuidad de la atención entre los establecimientos penitenciarios y las instituciones de salud del SNIS, es uno de los principales desafíos.**

Se hace imperativo constituir una red capaz de dar respuesta en términos de accesibilidad y cobertura de atención, ya sea ante cambio de unidades de privación de libertad, por derivaciones a centros asistenciales o por el regreso a sus hogares. La problemática de accesibilidad al sistema de salud es, frecuentemente, más profunda para las personas que recuperan su libertad.

Avanzar hacia la implementación de un Sistema de Atención a la salud de las PPL basado en la estrategia de APS y enmarcado en la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) contribuirá a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de esta población.

En este marco, es posible caracterizar la situación de la atención a la salud de las PPL, desde la perspectiva del cumplimiento de los atributos esenciales de las RISS y el ámbito de abordaje del Modelo Asistencial:

- *Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.*
En este sentido, cada establecimiento de privación de libertad tiene una población definida, en base a criterios de edad y sexo, distribución territorial, características de los delitos y de las penas, y situación de salud. En el marco del Proyecto, la realización del estudio epidemiológico permitió conocer, con mayor grado de detalle, la situación de salud de las PPL. **Es preciso adecuar los sistemas de información y llevar adelante registros sistemáticos de patologías prevalentes para conocer la situación de salud en cada momento.**
- *Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de la salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.*
El fortalecimiento del primer nivel de atención es una prioridad para asegurar la integralidad de las acciones y en especial, por las características epidemiológicas de la población, deben incrementarse las prestaciones de especialistas de salud mental y odontología para asegurar el acceso oportuno.
- *Prestación de servicios especializados en un lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.*
En cuanto a la prestación de servicios especializados, considerando las dificultades para los traslados de las PPL, es preciso evaluar las mejores alternativas para **acercar los servicios en forma programada.**
- *Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.*

En cuanto a este atributo, es preciso **formalizar la integración de los servicios de salud de los centros de privación de libertad con los servicios de la red de prestadores del SNIS, en especial los prestadores públicos**, en todo el territorio, poniendo énfasis en las características de la población y la oferta de servicios a nivel local. Esta coordinación se realiza principalmente con los servicios de segundo nivel (para acceso a consultas con especialistas e internación). **Es necesario mejorar la coordinación con la red de servicios del primer nivel, en especial en aquellos establecimientos de baja cantidad de PPL y sin equipos de salud propios.**

- *Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.*

Si bien existe actualmente una dinámica de coordinación con los servicios de salud del medio libre, es preciso **mejorar los acuerdos de prestación de servicios de forma de asegurar la oportunidad en la atención con la menor cantidad de traslados posibles.**

- *Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, de género y generaciones, y los niveles de diversidad de la población.*

En este aspecto es necesario conocer las características de la población de cada centro, su entorno en el ámbito de privación de libertad, su vinculación con la familia y los regímenes de visita y planificar la continuidad de su atención al egreso de las PPL y su seguimiento en el medio libre.

Gobernanza compartida y proceso de transferencia

Son atributos esenciales para abordar el modelo de Gobernanza y Estrategia de la Red:

- Un sistema de gobernanza único para toda la red
- Participación social amplia
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

La consolidación del Sistema de Atención Integral a las PPL, supone **continuar avanzando en el proceso de transferencia de responsabilidades de la atención de la salud de las PPL a los servicios de ASSE, que fuera iniciado en el año 2010.**

En tanto el proceso de transferencia continúa y se comparten las acciones entre las instituciones mencionadas, resulta imprescindible que se **mejore la coordinación entre los sistemas asistenciales intra y extra penitenciarios**, en algunos aspectos relevantes, que deberán armonizarse y que requieren de la validación expresa de los co-responsables.

- Es preciso avanzar en la integración de estructuras organizativas, **definir que los servicios de salud penitenciarios forman parte de la red asistencial** y que es necesario armonizar los procesos de trabajo y compartir protocolos de atención.
- **Integrar los sistemas de información asistenciales, la historia clínica informatizada** y compartida entre los diferentes dispositivos asistenciales permitirá agilizar la atención, la gestión de agendas para las consultas con especialistas, acortar las listas de espera y disminuir el número de consultas perdidas.

- **Reforzar el primer nivel de atención en los establecimientos de privación de libertad** y avanzar en la asignación del médico de referencia o médico de área, que asegure la continuidad de la atención, que pueda planificar sus tratamientos y que promueva la mejora del vínculo médico-paciente
- **Incrementar la capacidad resolutive en el primer nivel de las unidades de privación de libertad**, acercando a estos establecimientos algunas modalidades diagnósticas y consultas con especialistas para las patologías más frecuentes.
- **Definir mecanismos de coordinación y complementación** para la atención en el segundo nivel de complejidad en el marco de los acuerdos con la red de servicios para la atención ambulatoria.
- **Analizar la instalación de sectores de circulación restringida en los hospitales de la red**, en especial en los de tercer nivel de complejidad y de referencia nacional, que contemplen las medidas de seguridad necesarias para la atención de las PPL. **Planificar acuerdos de cobertura de especialidades** en el futuro hospital penitenciario.

Como estrategia para asegurar un *“sistema de Gobernanza único para toda la red”*, se propone la creación de **ámbitos de gobierno y coordinación de las acciones para la atención a la salud de las PPL**, en los que participen las autoridades de gobierno y alta gerencia de las instituciones (INR, ASSE, SDNSP), así como **ámbitos de coordinación a nivel local** entre los equipos de dirección y de salud de los establecimientos de privación de libertad. Esto implica:

- a. Instalar un ámbito de *Gobierno o Alta Gerencia entre autoridades del INR y de salud* para:
 - *Definir un plan estratégico común.*
 - *Conducir el proceso de transferencia de las responsabilidades asistenciales entre las instituciones.*
 - *Definir la política de complementación y colaboración para brindar los servicios y asignar recursos.*
 - *Acordar las responsabilidades de los equipos de salud para posibilitar el cumplimiento de su rol como garante de derechos*
 - *Compartir la rectoría del sistema, definir pautas de control y vigilar el cumplimiento de los acuerdos.*
- b. Crear un ámbito de coordinación a *Nivel local* en cada establecimiento, con participación de referentes del equipo de salud en la coordinación sistemática y planificada con la dirección del establecimiento y sus diferentes programas, para:
 - *Concebir a la atención a la salud como un programa específico.*
 - *En estos ámbitos deberán efectivizarse los acuerdos alcanzados en el ámbito de gobierno respecto del cumplimiento del rol garante de derechos del equipo de salud (garantía de las condiciones de privación de libertad y ambiente saludable)*
 - *Evaluar las formas posibles de participación de las PPL, que se ajusten a las realidades de cada centro, para actuar en promoción de salud con sus pares. (En este sentido hay avances dispares en los diferentes establecimientos y normativa específica: ámbitos de coordinación periódica establecidos en algún establecimiento; Reglamento general sobre Mesas Representativas de PPL en el año 2008 y la entrega no sistemática de la Guía Informativa para las PPL)*

El ámbito de intercambio a nivel local deberá tener un funcionamiento periódico que se ajuste a las necesidades de cada centro y que sea un espacio de intercambio en procura de mejorar

las condiciones de vida de las PPL y facilitar el cumplimiento del rol garante de derechos del equipo de salud.

A nivel del INISA ya estaría prevista la instalación de la gobernanza compartida a nivel central, con participación del referente sanitario en las decisiones centrales. Resta asegurar que en cada centro de privación de libertad de adolescentes el servicio de salud tenga diálogo permanente con los equipos de gestión respectivos, para integrar su mirada y asegurar que el rol garante de salud tenga ámbitos de resonancia.

Unidad I.3 - Primer nivel de atención fortalecido, con enfoque de prevención y promoción de salud

Primer nivel de atención fortalecido

El primer nivel de atención debe ser capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo. Es el componente de la red el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial. que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad.

El primer nivel en el sistema penitenciario tiene algunas competencias especiales que lo distinguen del primer nivel en condiciones de libertad:

- Debe tener la capacidad para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención de las PPL a lo largo del tiempo, en particular en las unidades con población más numerosa, de forma de evitar conducciones a otros servicios siempre que sea posible.
- Debe tener especial cuidado en realizar la vigilancia sanitaria del entorno de privación de libertad y sus condiciones ambientales, con enfoque de salud colectiva, que tome en cuenta la condición de encierro y sus riesgos asociados: higiene ambiental, alimentación, uso del tiempo, apoyos familiares.
- Debe constituirse como el componente de la red que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, sus familias y la comunidad, facilitando la reinserción social y los proyectos de rehabilitación.

Principales ejes de acción

Los servicios de salud instalados en las unidades de privación de libertad pueden ser una oportunidad para acercar propuestas saludables a personas que por lo general tienen vínculos muy lejanos con el sistema de salud. Por lo tanto, se identifican algunos ejes para la acción de los servicios:

- Promover la relación médico-paciente en el marco de la modalidad de médico de referencia, médico de continuidad o médico de área.
- Realizar prácticas de atención con enfoque de atención primaria en todas las etapas de la permanencia de los internos, con enfoques de género y generaciones, integralidad y continuidad de la atención, así como acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad en forma sistemática.

- Capacitar y orientar permanentemente a los integrantes del equipo de salud, operadores penitenciarios y personal de custodia e incorporar el modelo participativo de PPL referente de salud o agente de salud en propuestas de autocuidado y mutuo cuidado y ambientes saludables
- Promover la articulación sistemática de encuentros con las autoridades responsables de la gestión de los servicios penitenciarios, a nivel local y central, de forma de identificar oportunidades para la mejora en la comunicación y la planificación de la atención a las personas y al medio.
- Definir en conjunto las condiciones necesarias para salvaguardar la seguridad del personal de salud en su lugar de trabajo.

Atención a demanda y programada por médico de referencia

Se entiende por *Atención a demanda*, aquella que responde a la iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa y por *Atención programada* la que se realiza por iniciativa de un profesional del equipo de salud (controles periódicos de salud).

La prestación de la atención a demanda es una obligación del servicio de salud en respeto al derecho básico a la salud de las PPL, en tanto que la atención programada es un componente de gestión de la atención con enfoque de salud pública, que permite conocer la situación sanitaria de toda la población PPL (vigilancia epidemiológica), adelantar diagnósticos en base a procesos incipientes, (acción preventiva) y generar mejores vínculos (calidad de atención y promoción de salud con consejos breves en temas diversos).

En la actualidad son pocos los establecimientos de privación de libertad que tienen a toda su población en control de salud, y conocen por tanto su real situación sanitaria. Si bien se avanzó en la sistematización de la evaluación de salud al ingreso, el resto del tiempo se realiza atención a demanda, y puede haber una proporción próxima al 30 - 40% de las PPL que no consultan en más de un año. Sí son integradas en plan de seguimiento con consultas programadas las PPL con afecciones crónicas (HIV, TBC, diabetes)

La población privada de libertad tiene tendencia a una mayor intensidad de uso de los servicios de salud que la población en condición de libertad, sobre todo si consideramos a la población PPL de hombres jóvenes. El servicio de salud ofrece la posibilidad de salida del celdario, de diálogo con técnicos y a veces con personas del sexo opuesto, y en particular ofrece la posibilidad de conseguir “valores de cambio” en forma de medicamentos que pueden ser muy valorados a la interna de la prisión, para uso en trueques diversos.

Si bien el equipo básico de atención se integra en el primer nivel por el médico generalista o de familia, en condiciones de privación de libertad este profesional debe ser apoyado sistemáticamente por psiquiatra²¹ y odontólogo²². La salud mental se encuentra en severo riesgo en situación de encierro y la evaluación sistemática de dicha condición debe estar presente en toda intervención de salud hacia las PPL. La participación de otras disciplinas

²¹ “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” 22. 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.

²² “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” 22. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

médicas (ej: infectólogo, internista, dermatólogo, oftalmólogo, cirujano) o no médicas (ej: psicólogos y trabajadores sociales), deberán integrarse a los equipos según requerimientos y cantidad de PPL de cada establecimiento.

La definición del *médico de referencia, de continuidad o médico de área* para cada PPL, que organiza la atención a demanda y programada según módulos o celdarios, facilita el acceso a la consulta en caso de consultorios de proximidad, evitando la conducción por el personal de custodia u operadores penitenciarios. Y fortalece la relación médico – paciente evitando manejos no adecuados por parte de la PPL, y sobre todo contribuye a generar consultas programadas periódicas, de control de salud y/o de patologías, favoreciendo la prevención de las enfermedades y minimizando también la atención de urgencia.

En los establecimientos con mayor número de PPL, donde hay mayor posibilidad de personas con patologías crónicas, es conveniente contar con un médico internista que apoye al médico de referencia en el seguimiento de las patologías prevalentes (diabetes, HIV, BK) y evite la conducción periódica a servicios externos.

La atención a la salud mental debe contemplarse en la atención integral del médico generalista, reconocer en forma sistemática los factores de riesgo y evaluar la oportunidad de la consulta temprana con psiquiatra. En las unidades con mayor cantidad de PPL y regímenes de seguridad más estrictos, la atención a la salud mental en modalidad grupal con apoyo de psicólogos y operadores terapéuticos, con enfoque preventivo-asistencial, puede constituirse en la forma de asegurar una prestación a un número mayor de PPL.

La atención odontológica está limitada a pocas horas de atención programada, solo en algunos centros. En caso de necesidad se coordina con servicios de salud de la red, que en este tema tienen dificultades para cubrir la demanda de la población general, en especial en el interior del país.²³

La entrega de medicación ofrece otros desafíos, ya que como se señaló, puede operar como valor de cambio, en particular los analgésicos y la medicación de salud mental. En muchas unidades se ha comenzado la gestión de entrega diaria con toma observada, como también ocurre con la dispensación de medicación para TBC. Esta medida debe ser correctamente explicada para no generar sensación de coacción por parte del equipo de salud, y entrar en lógicas de violencia institucional no deseadas: la toma observada favorece a quien precisa la medicación, ya que lo protege de posibles extorsiones.

Atención de urgencia

La *Atención de urgencia* es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención inmediata. Debe dispensarse durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería y eventualmente con la colaboración de otros profesionales.

El procedimiento definido para la prestación del servicio y su modelo organizativo, estará de acuerdo con las categorías de establecimientos y la realidad de la red de servicios a nivel local y

²³ En el establecimiento de Punta de Rieles – Unidad N° 6 INR (centro de penados pre-egreso y con modalidad piloto de internación en régimen de baja seguridad) se ha jerarquizado la rehabilitación de la salud bucal desde SAI-PPL, contando con más horas de odontólogo, que realizan planes de seguimiento que incluyen la confección de prótesis (con la reciente instalación de un laboratorio dental). Esta experiencia piloto, que mejora la salud bucal y la reconstrucción o restablecimiento de las piezas dentales, ha contribuido a mejorar el proceso de rehabilitación, estima e inserción social.

regional. Puede ser organizada como una prestación en servicio propio en cada establecimiento o mediante acuerdos de cobertura con otros efectores de la red.

Cabe señalar que el traslado de los técnicos del servicio de salud a los celdarios para brindar atención urgente es cuestionado por diversos motivos: por la escasez relativa de recursos respecto de la situación en el servicio centralizado (planta física inadecuada y dificultad en la disponibilidad de instrumental y medicación) y especialmente por la condición de inseguridad de los técnicos en su acceso al celdario. Se ha definido que la concurrencia a los celdarios se realizará en forma excepcional para la atención a la urgencia, en casos de intentos de autoeliminación, politraumatismos y quemados.

La atención urgente se cubre en condición aceptable en los centros en que existe el servicio de guardia interna. En los establecimientos sin guardia interna se asegura el traslado al servicio de salud de la red más próximo. En estas situaciones que requieren el traslado fuera del establecimiento de privación de libertad, hay dos dificultades: la disponibilidad de custodia para la salida, y las condiciones del traslado, ya que en la mayoría de los casos se realiza en un móvil policial, que no reúne las condiciones necesarias para estabilizar el paciente y realizar su traslado en forma segura.

En general la organización actual asegura una guardia médica y de enfermería de 24 hs en los centros de 500 y más PPL, en tanto en centros de menor población la guardia médica se complementa con horas de retén y/o traslado²⁴.

La demanda de atención de urgencia en odontología no está contemplada. En el servicio de urgencia médica se calma el dolor y se coordina la atención con servicios de la red o con los odontólogos del servicio en caso de contar con ellos.

Funciones específicas de los médicos /personal de salud en el sistema penitenciario

- Como médico de referencia de una PPL, actúa a su petición y debe velar por su salud. Tiene que observar que las condiciones y disposiciones de la institución no pongan en peligro la salud de los internos.
- Como consejero del director del establecimiento, sobre asuntos específicos respecto al trato, trabajo, regímenes de visita, actividad física y deportes, condiciones del entorno. El cumplimiento de esta función deberá estar a cargo del profesional responsable del equipo de salud en cada establecimiento, en el marco de la constitución del ámbito de gobernanza local propuesto.
- Como trabajador de la salud desde una perspectiva social y de salud pública, que supervisa e informa respecto a la situación general de la higiene y otras condiciones de vida. El médico asesorará en cuanto a la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos, a la higiene y aseo de los establecimientos y de los internos, a las condiciones sanitarias, de calefacción, alumbrado y ventilación.

²⁴ En el documento de "*Estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente*" se establece una categorización de establecimientos de privación de libertad de adultos en función de la cifra de PPL, para realizar la propuesta de modelos de trabajo según la asignación de los distintos recursos humanos de salud.

Jerarquía del enfoque preventivo y promocional de salud en ámbito penitenciario

La *promoción de la salud* es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la salud²⁵ *“la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.*

La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”.

Los principios claves de promoción de salud pensados para el conjunto de la población, son pasibles de ser extrapolados, con ajustes, al ambiente de las UIPPL:

- Se centra en las causas o determinantes de la salud, tanto en hábitos de vida como en la condición del ambiente.
- Se debe implicar a la población penitenciaria en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana en las UI.
- Aspira a la participación activa y efectiva de la población privada de libertad.
- Los equipos de salud, los operadores y educadores y el personal de seguridad desempeñan un papel preponderante para apoyar y habilitar muchas de estas intervenciones.

Desarrollar programas de promoción de la salud en las unidades penitenciarias

Las personas privadas de la libertad poseen los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellos que no lo están, pero además estos factores se ven incrementados por el contexto de encierro y la falta de libertad.

Las prisiones concentran patologías, por lo que ofrecen una particular oportunidad de intervención para el control de enfermedades y la promoción de salud en este grupo de población, en general con menor educación, mayor carga de enfermedad y factores de riesgo. Factores como el hacinamiento y la insalubridad, contribuyen a empeorar el estado de salud durante su privación de libertad²⁶.

La población PPL mantiene un gran contacto con la población general, con sus familias en particular, y vuelve a su medio en sus salidas transitorias y al fin de sus condenas. Los efectos negativos sobre la salud de las PPL no se limitan al entorno penitenciario, sino que se extienden hacia sus familias y al resto de la población. La salud en las cárceles es parte de la salud pública. Los problemas de salud de las prisiones van a repercutir de forma ineludible en la sociedad, deteriorando su condición sanitaria; toda actuación de la sociedad en el sentido de mejorar las condiciones de vida y salud de los presos repercutirá favorablemente en la sociedad.

El ingreso en prisión ofrece una oportunidad de mejorar el estado de salud de las PPL, o al menos de minimizar el riesgo de empeorarla. En muchos casos supone la primera toma de

²⁵ **Carta de Ottawa para la promoción de la salud** La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

²⁶ García-Guerrero J. Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Vol 8, No 3 (2006). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/121/282>

contacto con el sistema de salud y el acceso a conocimientos y herramientas que le ayuden a proteger y promocionar su salud (mejor nutrición, reducción del consumo de drogas y alcohol; programas de educación para la salud y de diagnóstico precoz, tratamiento de enfermedades prevalentes).

Para generar una comunidad saludable se precisa que el cuidado del modo de vida sea una herramienta aprehendida por la comunidad penitenciaria. Se requiere por tanto la formación en conceptos centrales de la salud para el personal penitenciario y para las PPL. Los responsables del sistema de salud penitenciario, y los referentes de cada equipo de salud deben organizar y/o contribuir en la capacitación adecuada, la difusión y socialización de las herramientas y conocimientos que promuevan el cuidado y vida saludable.

Para reducir los riesgos de las condiciones de vulnerabilidad en las prisiones, las intervenciones de los equipos de salud del primer nivel deben *reorientarse para jerarquizar los mensajes preventivos y de promoción de salud*, aprovechando las demandas de atención para conocer hábitos e identificar riesgos. Además de este énfasis promocional y preventivo, debe cumplir una tarea de vigilancia y de garantía: las Reglas Mínimas de Tratamiento a los reclusos—hoy denominadas Reglas Mandela—y la legislación vigente establecen que el equipo de salud del centro de detención cumpla funciones de garante del derecho a la salud de las PPL²⁷ (*esto se explicita en el módulo IV*).

Actuar en el *primer nivel de atención con enfoque promocional de salud* implica realizar actividades dirigidas a potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos. Toma importancia la práctica sistemática del “*consejo breve*” en cada consulta, y la realización de actividades de educación para la salud en grupos con operadores y PPL para favorecer el autocuidado y el mutuo cuidado²⁸.

Desarrollar estrategias de prevención de enfermedades

La *prevención de la enfermedad* abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.

La prevención secundaria y la prevención terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

Glosario de términos, Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984

²⁷ **Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.** Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social el 31 de julio de 1957 y el 13 de mayo de 1977. Estas Reglas fueron revisadas y actualizadas por un grupo de expertos, y en mayo 2015 el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas – Consejo de Prevención del Delito y Justicia Penal - las reedita bajo el nombre de Reglas Mandela

²⁸ Estas prácticas se explicitan con mayor detalle en el Plan de Prevención y Promoción y de Salud 2016 – 2020, que integra la “Estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el Sistema de responsabilidad penal adolescente”

Las personas que viven en lugares cerrados tienen un riesgo epidemiológicamente mayor de padecer un brote de enfermedades transmisibles. El sistema de atención a la salud de las PPL debe orientarse a desarrollar estrategias específicas en términos de prevención, detección precoz y atención de las personas que padecen este tipo de enfermedades, dando la mejor atención y cuidado, según los estándares reconocidos por el Ministerio de Salud.

Se señalan algunas intervenciones del enfoque preventivo en el primer nivel de atención penitenciario, hacia las personas y hacia el entorno:

- Asegurar la vacunación según el calendario vigente y aprobado por la autoridad sanitaria para la población general y para grupos de riesgo ante situaciones que epidemiológicamente lo requieran.
- Realizar actividades para prevenir la aparición de enfermedades y actuar sobre los factores de riesgo (prevención primaria) como el fomento del uso del condón, o para realizar el diagnóstico precoz y detección en fase pre-sintomática (prevención secundaria) como campañas de pesquisa de lúes, VIH, hipertensión, diabetes.
- Indicar y administrar la quimioprofilaxis de los contactos en los casos necesarios.
- Ser garante de la condición de privación de libertad, de alimentación, y del cuidado del entorno (agua potable, saneamiento)

2. Distribución horaria

En base a la carga horaria de 4 horas para este módulo, y en función de la densidad conceptual a compartir, la distribución horaria del encuentro debe ser muy ceñida a plazos establecidos, y la participación del grupo deberá restringirse en la actividad plenaria, en base a dinámicas acotadas.

Por otro lado, siendo éste el primer módulo, habrá que destinar un periodo inicial para presentación general y presentación de los participantes, así como para la realización del pretest.

La tabla siguiente muestra la posible distribución horaria. En tanto los tiempos son ajustados, el inicio no debe demorar más de 10 minutos de la hora estipulada. No bien llegan los participantes se les entrega el pre test y se le pide lo completen en 5 minutos y lo entreguen, o lo entreguen al final si llegan más tarde.

Se hace circular la hora de presencias con los datos (teléfono, mail) solicitando se verifiquen los mismos y se firme al costado.

45 minutos	Pretest en 5 – 10 minutos Presentación general del Curso y sus referentes, materiales, funcionamiento (20 minutos) Presentación de participantes con dinámica (20 minutos)
45 minutos	Unidad I.1 – Salud y Atención en centros de privación de libertad. (incluye dinámica 10 -15 minutos)
1 hora	Unidad I.2 – Principios del SNIS (incluir dinámica 5 - 10 minutos, en Modelo de atención)
15 - 20 minutos	Intervalo
1 hora	Unidad I.3 - Primer nivel de atención, modalidades de atención, jerarquización de la promoción y prevención (incluye dinámica de 15 minutos)

3. Propuesta didáctica

Los conceptos del módulo podrán ser presentados por los docentes responsables o por invitados convocados especialmente. En tanto este módulo tiene una gran densidad conceptual, puede ser beneficioso que haya 2 o 3 expositores a cargo de las 3 Unidades. La presentación puede apoyarse con una proyección para facilitar el seguimiento, y se buscará hacer referencia expresa a situaciones de la atención penitenciaria que se conozcan.

Los participantes contarán con el Manual donde pueden seguir los conceptos y releerlos luego.

En función de la densidad conceptual que integra este módulo, y en tanto es el primero y se requiere de presentaciones generales, la propuesta participativa del grupo de participantes debe limitarse en tiempo y espacio.

Se proponen las siguientes dinámicas participativas:

- Dinámica de presentación: la propuesta es que cada participante se presente en 1 minuto, con su nombre, profesión y lugar de trabajo. También se presentan los docentes. Tiempo máximo: 25 - 30 minutos.
- Unidad I. 1: al ingresar al tema Salud en centros de privación de libertad como parte de la Salud Pública, proponer a los participantes opinar por medio de la dinámica *lluvia de ideas*, por qué debería considerarse la salud en centros de privación de libertad como integrante de la salud pública. Ir anotando en papelógrafo o pizarra, y tener en cuenta en la exposición siguiente Tiempo máximo: 10 – 15 minutos
- Unidad I.2: al ingresar al tema Modelo de Atención, pedir a los participantes en 5 minutos que brinden elementos integrantes del cambio de modelo de atención
- Unidad I.3: al iniciar el Modulo, distribuir tarjetas (tamaño media hora A4) solicitando a los participantes que escriban 2 de los principales problemas que presenta el modelo de atención penitenciaria en el que trabajan. (5 minutos) Se recogen las tarjetas, y se van leyendo rápidamente y pegando en papelógrafo o pizarra según temas, y se tienen en cuenta en la presentación temática, en no más de 10 minutos. Total: 15 minutos

4. Materiales requeridos

- Listado de participantes y hoja para firma de presencias
- Pretest en cantidad suficiente
- Guía docente Modulo I según docentes participantes
- Manual del participante en cantidad suficiente
- Papelógrafo o pizarra + dry pen
- Tarjetas en cantidad suficiente (tipo media hoja A4)
- Hojas en blanco
- Proyector, pc y pantalla

MÓDULO II – SITUACION DE SALUD DE LAS PPL

Unidad II.1 - Importancia

Unidad II.2 - Metodologías de abordaje en la práctica actual

Unidad II.3 - Perfil de salud de la población PPL (Ej: Estudio Epidemiológico reciente)

1. Reseña temática del módulo
2. Distribución horaria
3. Propuesta didáctica
4. Materiales

a. Reseña temática

Unidad II.1: Importancia del conocimiento de salud de las PPL

La Salud Pública según Milton Terris²⁹ se define como "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Como especialidad no clínica de la medicina, esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando mediante la aplicación de diversos enfoques de intervención, influir positivamente para evitar la ocurrencia de enfermedad.

La Epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como propósito **describir y explicar la dinámica de la salud de las poblaciones**, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural.

Actualmente, se acepta que para cumplir con su cometido la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.

Para la epidemiología, el término condiciones de salud no se limita a la ocurrencia de enfermedades y, por esta razón, su estudio incluye todos aquellos eventos relacionados directa o indirectamente con la salud, comprendiendo este concepto en forma amplia. En consecuencia, la epidemiología investiga, bajo una perspectiva poblacional.

²⁹ Terris M. "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540, OPS, 1992.

La epidemiología estudia los problemas de salud recurriendo a diseños de investigación preestablecidos. Hay diferentes maneras de organizar dichos estudios siendo la más simple de ellas la simple descripción de algún problema registrando las características de las personas afectadas y del ambiente. Se efectúan mediciones, se establecen frecuencias y, cuando es posible, se usan algunas herramientas estadísticas para retratar mejor la situación.

La importancia de conocer el perfil demo – epidemiológico de una población radica en que al conocer su estado de situación de salud permite el desarrollo de políticas sanitarias: proponer intervenciones hacia el cambio de hábitos, planificar acciones preventivas y reorientar a los servicios de salud.

Conocer los datos actualizados de la situación de salud de determinado colectivo, y sus tendencias en los principales parámetros, brinda valiosa información para la toma de decisiones en el diseño de estrategias de intervención de atención sanitaria. Los datos se convierten en *líneas de base* de determinados fenómenos, que luego pueden estar monitoreados para evaluar el impacto de las intervenciones. Entre los instrumentos para estudiar el perfil poblacional se destaca el estudio transversal o de prevalencia.

Estudios Transversales o de Prevalencia: son diseños de investigación epidemiológica de uso frecuente. Se dirigen primordialmente al estudio de la frecuencia y distribución de eventos de salud y enfermedad (estudios descriptivos). Para la recolección de la información puede aplicarse cuestionarios, encuestas u otros instrumentos³⁰. Tienen como fin medir una o más características o enfermedades (“variables”) en un momento dado de tiempo; por ejemplo: el número de enfermos con diabetes en la población para ese momento.

El atributo seleccionado de la población - o muestra poblacional - se mide en un punto determinado del tiempo, en lo que es equivalente a tratar de obtener una "fotografía" del problema. En caso que el estudio transversal defina estudiar a un grupo seleccionado llamado "muestra", se aplican diversos métodos de selección de sujetos llamados métodos de muestreo³¹.

A modo de ejemplo: Según datos del Censo poblacional de 2011, el perfil demo – epidemiológico de la población en el Uruguay se caracteriza por tener, entre otros datos:

- **Distribución por sexo:** 52% de mujeres, 48% de hombres.
- **Esperanza de vida al nacer;** promedio 76 años, 80 años para las mujeres, 73 años para los hombres.
- **Tasa global de mortalidad:** 9,3 por mil habitantes en 2011.

El 60 % de las muertes en el Uruguay corresponden a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) las que comprenden a las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedad pulmonar crónica, y constituyen una epidemia a nivel mundial. Estas enfermedades comparten factores de riesgo conductuales y riesgos biológicos.

Los factores de riesgo conductuales de las mismas, son el consumo de tabaco, el consumo perjudicial de alcohol, dieta no saludable y bajo nivel de actividad física. Los factores de riesgo biológicos, se vinculan al sobrepeso y obesidad, presión arterial elevada, glucosa sanguínea elevada y lípidos sanguíneos anormales. Estos factores de riesgo están presentes durante un largo período antes de la aparición de las enfermedades crónicas y tienen gran impacto en la morbilidad y mortalidad de estas enfermedades. La modificación es posible a través de la prevención efectiva. Se pueden medir usando métodos éticos y validados.

³⁰ Gil, Piedrola Medicina Preventiva y Salud Pública, Salvat Editores S.A. 1988, 8 Edición, Capítulo 7.

³¹ HERNANDEZ, Bernardo and VELASCO-MONDRAGON, Héctor Eduardo. Encuestas transversales. Salud pública México . 2000. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634200000500011

La 2da Encuesta Nacional de Factores de Riesgo³² realizada en el Uruguay aplicada en el año 2013 a personas con 15 a 64 años de ambos sexos en todo el país muestra que las personas con sobrepeso o con obesidad ascienden al 60%, que existe un 38,7% de hipertensos, y un 23% de individuos con hipercolesterolemia.

En ocasiones el estudio transversal no obtiene información de todos los sujetos que integran la población bajo estudio, sino sobre un grupo de ellos llamado muestra, existiendo diversos métodos de selección de sujetos para participar en el estudio llamados métodos de muestreo

³³

Unidad II.2: Metodologías de abordaje en la práctica actual

Generalidades de la salud de las PPL

La población de PPL a nivel mundial se caracteriza en general por ser hombres jóvenes en su mayoría, procedentes clase social y cultural baja, con escasos conocimientos higiénico-sanitarios, y frecuentemente consumidores de drogas.

Investigaciones sobre la salud en la población penitenciaria han demostrado que la incidencia de determinadas infecciones de la comunidad es mayor en las prisiones debido al aumento de contacto entre las personas, así como por el menor tiempo de estancia al aire libre, favoreciendo la propagación de enfermedades fundamentalmente infecciosas y parasitarias.³⁴

También se ha encontrado que la prevalencia de síntomas respiratorios de más de tres semanas, así como los síntomas de tuberculosis pulmonar son más frecuentes en las PPL que en la población en general. Se ha observado asociación entre el hacinamiento y la tuberculosis, así como con otras enfermedades infecciosas - meningitis bacteriana, infección por estafilococo áureo resistente a meticilina (MARSA) o la neumonía neumocócica.

En general se puede afirmar que todas las infecciones de transmisión aérea aumentan su prevalencia en ambientes superpoblados o faltos de ventilación. En relación a la contaminación ambiental, en un estudio realizado en cárceles españolas se observó una prevalencia de tabaquismo pasivo cercana al 80%³⁵.

La prisión afecta también a la salud mental de las PPL: a modo de ejemplo, la prevalencia de estos trastornos en el medio penitenciario español es de un 49,6% según un estudio realizado en 2006, si se tiene en cuenta el abuso y la dependencia a drogas, por lo que la prevalencia de patología psiquiátrica es mayor a aquella de la población general³⁶, debido a que se asocia al

³² MSP: Segunda Encuesta Nacional de ECNT .Presentación de resultados .Disponible en :

https://www.google.com.uy/?qws_rd=ssl#q=2da+encuesta+nacional+de+factores+de+riesgo

³³ HERNANDEZ, Bernardo and VELASCO-MONDRAGON, Héctor Eduardo. Encuestas transversales. Salud pública Méxco . 2000.Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634200000500011

³⁴ Jaquotot ,K. Prisiones y Enfermedades Infecciosas. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Vol 2, No 3 ,año 2000).Disponible en : <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/184/409>

³⁵ García-Guerrero J., Marco A.. Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. Rev. Esp. Sanid. Penit. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000300006&Ing=es

³⁶ Bustamante Navarro R., Paredes-Carbonell J.J., Aviñó Juan-Ulpiano D., González Rubio J., Pitarich Monzó C., Martínez L. et al . Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. Rev. Esp. Sanid. Penit.. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000200002&Ing=es.

propio encarcelamiento, la depresión, la conducta autolesiva, los trastornos ansiosos³⁷ de diferentes tipos favorecidos por el hacinamiento, comprobándose una mayor tasa de suicidios asociados a una mayor sobrepoblación³⁸.

Los estudios de Teplin y Fazel también destacan la mayor presencia de trastornos depresivos, respecto de lo que sucede con la población adulta y general, caracterización que igualmente es compartida en el informe del comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics (con particular presencia de trastornos de ánimo y desórdenes ansiosos)³⁹.

Unidad II.3: Perfil de salud de la población PPL en el Uruguay

Conocer las características de la población, el proceso de salud-enfermedad en las PPL y su situación epidemiológica, son herramientas centrales para la toma de decisiones, tanto sea para el equipo de salud como para los responsables de la gestión de los establecimientos de privación de libertad, en el marco del cumplimiento de la normativa nacional e internacional, en base al derecho a la salud y a la obligación concomitante del Estado, y a la optimización de la gestión general de los establecimientos. (evitar brotes, situaciones de violencia, etc).

En el año 2010 se realizó el I Censo de Reclusos en el Uruguay⁴⁰. Se pudo observar que la población carcelaria era mayoritariamente masculina, menor de 35 años y uruguaya. Más de la mitad eran solteros con hijos y con un nivel de educación de primaria. Una de cada cinco PPL residía en un asentamiento y las mujeres eran el 8.4% de la población.

Hasta el año 2014 en relación a la situación de salud, los registros disponibles de morbilidad prevalente en los centros penitenciarios de Uruguay indicaban que en el país no se contaba con información consolidada, suficiente y de calidad al respecto y se limitaba sólo a pocos centros de privación de libertad.

A noviembre de 2014, - inicio del Proyecto “Justicia e Inclusión” -, la población privada de libertad en el país ascendía a un total de 10.159 personas, 9.628 adultos (95%) y 531 adolescentes (5%).

Del total de la población adulta, el 94% eran hombres (9.034) y el 6% mujeres (594). En cuanto a la situación de las mujeres privadas de libertad, según datos del Ministerio del Interior de noviembre de 2013, la población de mujeres se duplicó entre los años 2003 y 2012, pasando de 325 a 646⁴¹.

³⁷ Arroyo JM, Astier P. Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación Revista Española de Sanidad Penitenciaria Vol 5, No 2, año 2003. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/245/540>

³⁸ Estudio Sobre Salud Mental en el medio penitenciario (Internet). Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf

³⁹ Maldonado Fuentes, Francisco. Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad: experiencias nacionales y comparadas. Revista Ius et Praxis Vol.19, N° 01 2013, pp. 329-362. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122013000100010&lng=es&tng=es. 10.4067/S0718-00122013000100010

⁴⁰ Censo nacional de reclusos. Ministerio del Interior y Departamento de sociología - Facultad de ciencias sociales – UdelaR.- 2010. Disponible en: https://www.minterior.gub.uy/images/stories/informe_censo_reclusos_dic.pdf

⁴¹ Distribución geográfica: de un total de 28 centros de privación de libertad para adultos, solo existen 2 centros específicos para la internación de mujeres en el departamento de Montevideo: la Unidad N°5 con 357 PPL y la Unidad N°9 El Molino con 26 PPL. En el interior del país existen 17 unidades que tienen áreas de privación de libertad para mujeres, en general en el mismo establecimiento que la cárcel de hombres, con elementos de separación y aislamiento diversos, con un número que varía entre 1 y 32 PPL. La circunstancia de que las mujeres residan en cárceles construidas y destinadas para la detención de los varones, hace que los sectores de la prisión destinados a las mujeres sean dirigidos

En tanto no existe un registro sistematizado de la utilización de los servicios de salud por parte de las PPL, ni a nivel de los prestadores actuales del primer nivel ni en los servicios externos de la red de salud,⁴² puede tomarse como referencia alguna información de utilización de los servicios de la población general.

Como dato de referencia, pueden utilizarse los indicadores de utilización de servicios de ASSE, debido a que un elevado porcentaje de las PPL son usuarios de este prestador.

Un indicador que tiene buena cobertura en sus registros y que orienta en cuanto a la utilización de los servicios, es el de las principales afecciones que motivaron los egresos hospitalarios, codificados por la CIE-10.

Analizados los datos de ASSE de dicho indicador del año 2014, en el grupo de edad de 20 a 44 años, surge:

Para la población masculina, las 4 primeras causas de egreso corresponden a:

1. Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas
2. Trastornos mentales y del comportamiento
3. Enfermedades del sistema digestivo
4. Enfermedades del sistema respiratorio

= En la población femenina, de ese mismo grupo de edad, las primeras 4 causas de egreso corresponden a:

1. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio
2. Enfermedades del sistema genitourinario
3. Enfermedades del sistema digestivo
4. Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas

Si bien no hay estudios sistemáticos que den cuenta de la utilización de los servicios de salud por parte de las PPL en Uruguay, la bibliografía consultada muestra que las PPL tienen una utilización de los servicios de salud que supera notoriamente a la de la población general⁴³.

Con relación a la situación de niños en compañía de sus madres reclusas⁴⁴, tanto las normas de Bangkok como la ley 14.470⁴⁵ establecen que los niños hasta los 4 años podrán estar con sus madres, valorando siempre el interés superior del niño. En 2015 la cifra de niños con sus madres en el área metropolitana (en un total de 383 PPL mujeres) era próxima a 39 (26 en El Molino y 13 en el CNR), en tanto se desconoce la cifra de niños con sus madres en UI extra metropolitanas donde la cifra de mujeres PPL es cercano a la mitad (aproximadamente 190).

por varones, aun cuando las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos indican que estos centros no deben estar controlados por personal penitenciario masculino.

⁴² No existe identificación de condición de PPL en los registros de los servicios de salud de la red de atención

⁴³ Use of health services by prison inmates: comparisons with the community – Journal of epidemiology & and community health – junio 2001

⁴⁴ Es preocupación de autoridades penitenciarias y de salud la condición de estos niños, en tanto sufren consecuencias relacionadas a los entornos poco saludables para el desarrollo infantil, así como situaciones particulares relativas a la violencia entre PPL, por lo que la decisión de mantener esta convivencia debe ser analizada en forma particular caso a caso, atendiendo a las fortalezas restantes a nivel familiar, y el costo – beneficio de institucionalizar al pequeño en caso de que no haya custodia familiar externa

⁴⁵ Ley 14.470 - denominada Decreto Ley por la 15 738 Se establecen normas sobre privación de libertad carcelaria. **Art 21: establece obligación de atención de salud. Disponible en:** <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=14470&Anchor=>

Modelos de abordaje de la situación de salud en el sistema penitenciario

Explicada la importancia de conocer la situación epidemiológica del colectivo de PPL en cualquier momento, y realizar el seguimiento de sus tendencias para definir intervenciones prioritarias, se impone establecer en el modelo de gestión de salud algunas acciones que apoyen este conocimiento.

Destacamos algunas de las herramientas en aplicación actualmente, o pasibles de ser aplicadas para favorecer el conocimiento del perfil de salud poblacional:

- Sistema de Gestión Carcelaria
- Evaluación al ingreso
- Controles periódicos de salud
- Campañas de pesquisa
- Estudios transversales

El **Sistema de Gestión Carcelaria** (SGC) es una herramienta generada por el INR para registrar la información de todo PPL que ingresa, sus datos patronímicos principales, su situación judicial, su destino, movilidad y egreso. Su conocimiento y manejo por parte del equipo de salud permitiría conocer cuál es la población asignada en cada momento, su perfil de edades, su condición de estudio, estado civil, cantidad de hijos, etc. Ofrece información de valor para planificar acciones.

Actualmente el SGC es de manejo del equipo de gestión de gran parte de las UI en que se han instalado servicios informatizados en red. En el marco del Proyecto “Justicia e Inclusión” hay un producto de apoyo a la Estrategia que define la necesidad del diálogo entre el sistema de información de salud y dicho Sistema de Gestión Carcelaria, para que también los referentes de salud accedan a dicha información.

La evaluación al ingreso de cada PPL adulto y adolescente, tal como establecen las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los reclusos – hoy llamadas Reglas Mandela – se ha instalado en el país por parte de los subsistemas de salud actuantes (ASSE, SDNSP, INISA) y permite conocer los principales parámetros de salud al momento del ingreso, establecer prioridades de atención y tratamiento, y apoyar la decisión del lugar de privación de libertad.

En tanto se considera de sumo valor sistematizar esta herramienta para generar información comparable en todas las UI y centros de medidas de privación de libertad de adolescentes, el proyecto “Justicia e Inclusión” aporta Protocolos de Atención al Ingreso para PPL adultos y adolescentes, elaborados en conjunto con los actores del sistema penitenciario correspondiente en base a su experiencia.

La valiosa información que se obtiene de la evaluación inicial no es aun debidamente aprovechada por falta de un sistema de información que permita sistematizar los datos recogidos, conocer su frecuencia (cantidad de hipertensos, de diabéticos) salvo para aquellas patologías priorizadas por su riesgo para la salud colectiva: tuberculosis, lúes, HIV. En estos casos, el equipo de salud de cada establecimiento tiene conocimiento de la cifra de enfermos, que se encuentran en plan de seguimiento.

De contar con un sistema de información en red, el ingreso de los datos y su cruce con el SGC permitiría conocer en forma actualizada las variables que el sistema entienda de interés relevar, en cualquier oportunidad.

La realización de **controles periódicos de salud**⁴⁶ a toda la población PPL bajo responsabilidad de cada equipo de salud es una herramienta de gestión de salud de tipo preventivo que no está instalada en forma sistemática en el actual sistema de salud penitenciario. Ya fue referido esto al hablar del primer nivel de atención y del modelo de médico de referencia en el Módulo I.

El Relevamiento de Gestión y Recursos de salud efectuado por el Proyecto “Justicia e Inclusión”⁴⁷ permitió conocer que la mayor parte de los servicios trabaja con atención a demanda, y la programación de consultas en general es exclusiva para el seguimiento de crónicos ya detectados. Puede haber hasta un 30 – 40 % de la población PPL en establecimientos de gran porte que no demanda atención y no se realizan acciones de control de salud periódicos hacia los mismos.

El Proyecto “Justicia e Inclusión” establece en su Plan de Promoción y Prevención la aplicación de esta herramienta, previendo en particular su evaluación cuando se cuente con avances del sistema de gestión de la información, de forma que se logre ingresar los datos de las variables principales y saber los cambios de salud de la población PPL.

Las **campañas de pesquisa** son una herramienta útil para conocer la frecuencia de la variable a estudiar. En los Protocolos de atención de las enfermedades prevalentes, que el Proyecto “Justicia e Inclusión” aporta como elementos de mejora de calidad de atención de la Estrategia, se plantea la necesidad de realizar pesquisas en forma periódica de determinadas afecciones, para evaluar su prevalencia y definir acciones pertinentes (TBC, lúes, HIV, diabetes, hipertensión).

Estudios transversales tipo encuestas con muestreo de población – estudios epidemiológicos como el que realizó el Proyecto – deberían ser encarados por la autoridad sanitaria penitenciaria con cierta periodicidad y analizar las tendencias con relación al estudio anterior, así como realizar las comparaciones con el perfil de salud de la población general del país.

Diagnóstico epidemiológico de la población de los centros de internación para personas adultas y adolescentes en privación de libertad en el Uruguay

En el año 2015 en el marco del Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socio-económica de las personas privadas de libertad – Sector de intervención Salud en centros de privación de libertad”-, se realizó un estudio con el objetivo general de realizar un diagnóstico epidemiológico de la población de los centros de internación para personas adultas y adolescentes en privación de libertad (PPL), a efectos de contar con una línea de base para la formulación y diseño de una Estrategia hacia un sistema integral de atención a la salud para el sistema penitenciario uruguayo, con énfasis en atención primaria,

Los objetivos específicos del estudio se definieron en orden a evaluar en forma prioritaria los siguientes problemas de salud: antecedentes personales de patologías, infecciones de transmisión sexual (Sífilis, VIH-Sida), tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, violencias,

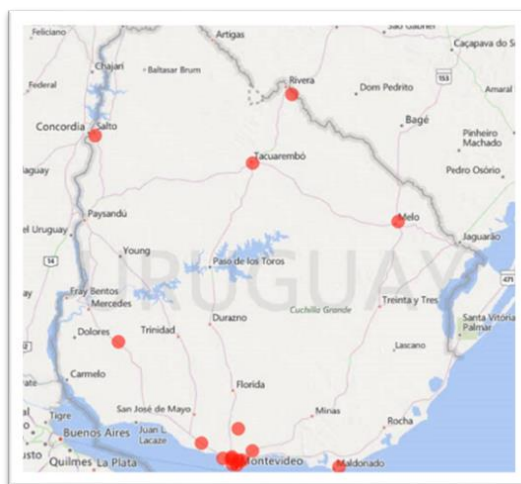
⁴⁶ Por Control periódico de salud se entiende la aplicación de una batería predeterminada de parámetros – anamnesis y paraclínica- que evalúa la condición básica de salud de la persona.

⁴⁷ Al inicio del 2015 fueron relevados todos los establecimientos de privación de libertad del país, de adultos y adolescentes, en algunos casos con visitas del equipo investigador, y los datos analizados de recursos humanos y materiales, así como de gestión de salud, fueron la base para el documento de “Estrategia ...

consumo problemático de sustancias psicoactivas, suicidios e intentos de autoeliminación, problemas de salud bucal y factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se trabajó con un marco muestral formado por 37 centros penitenciarios (adultos y adolescentes). El diseño muestral fue multietápico estratificado por conglomerados, donde las unidades primarias de muestreo (UPM) fueron los centros de privación de libertad y las unidades secundarias de muestreo (USM) fueron los internos/as, seleccionados por muestreo aleatorio sistemático. Para alcanzar un tamaño de la muestra de 800 casos, considerando una eventual tasa de no respuesta del 25%, se seleccionó una muestra de 1008 internos, provenientes de 18 Unidades de Internación de PPL (UIPPL), con sobre representación de mujeres y adolescentes.

Fig1-Distribución en el país de las Unidades de Internación de PPL seleccionadas



El protocolo de estudio fue oportunamente puesto a consideración del Comité de Ética de la Dirección Nacional de Sanidad Policial, siendo aprobado con algunas observaciones menores, que fueron inmediatamente corregidas.

La recolección de los datos estuvo a cargo de 21 funcionarios integrantes de los equipos de atención a la salud de las PPL, los que fueron capacitados para el trabajo de campo, y supervisados por un integrante del equipo de investigación. Se contó con un Manual de Operaciones para referencia continua y se orientó la tarea de los encuestadores en las diferentes UIPPL en las que tuvieron que desempeñarse.

Se utilizó a un Formulario de recolección de datos diseñado en base a una adaptación del Instrumento STEPS v2.1, método "STEPwise" de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, salud mental, salud bucal y lesiones.⁴⁸

Teniendo en cuenta las características específicas de la población, se ajustó el formulario incluyendo batería de preguntas para evaluar agresiones, HIV, sífilis, tuberculosis, así como acceso a servicios de asistencia y demanda asistencial. Se complementó con un cuestionario auto-administrado, anónimo y confidencial a llenar por el propio encuestado, a efectos de indagar cuestiones relativas al consumo de alcohol y sustancias, al manejo de las relaciones sexuales y barreras de acceso a la atención de salud. Se aplicaron, previo consentimiento informado, test rápidos de VIH, sífilis, glicemia y colesterolemia.

⁴⁸ Se trata del formulario utilizado en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, adaptado para el estudio de la población PPL

Se realizó en 5 centros de internación de PPL una prueba piloto de los procedimientos, instrumentos y de la logística prevista, con la finalidad de valorar la consistencia entre la planificación y los objetivos del Estudio evaluando los instrumentos y las destrezas adquiridas en el desempeño de los encuestadores.

Figura 2- Algoritmo utilizado para la recolección de datos. Uruguay. 2015



El análisis preliminar de los datos arroja algunos elementos relevantes para avanzar en la definición de la estrategia de atención a la salud en el sistema penitenciario, en lo que respecta al nivel de exposición de las PPL, en magnitud e intensidad, a determinantes socio ambientales del proceso salud-enfermedad. Asimismo, el análisis primario permite visualizar los niveles de prevalencia de algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles en el ámbito penitenciario, así como la incidencia de eventos como las lesiones o los episodios agudos de enfermedad.

Resultados del Estudio Epidemiológico

Los resultados del Estudio Epidemiológico realizado en el año 2015 con la metodología antes señalada, ponen de manifiesto algunos elementos relevantes para avanzar en la definición de la estrategia de atención a la salud en el sistema penitenciario, en lo que respecta al perfil de morbilidad prevalente de las PPL, la incidencia de algunos problemas de salud, así como la magnitud y nivel de exposición a determinantes socio ambientales del proceso salud-enfermedad.

El estudio mostró una población predominantemente masculina (94%) y joven, con un promedio de edad de 31 años. Las mujeres presentaron un promedio de edad 2 años más alto y mayor nivel educativo. La tasa de reincidencia se aproximó al 50% y un tercio de los casos había tenido medidas privativas de libertad como adolescentes.

En el campo de la salud mental se destaca el antecedente de lesiones auto infligidas reportado por el 18% de las PPL. El 13.2% refirió IAE (intentos de auto eliminación), que ascendió a 11.6% entre los adolescentes. La marihuana y los psicofármacos fueron las sustancias psicoactivas más consumidas en el ámbito penitenciario. La prevalencia de consumo de marihuana en el último mes alcanzó el 35% entre los varones, el 8% de las mujeres y el 28% de los adolescentes. El 2.6% de las PPL afirmó consumir alcohol a diario.

Con relación a los apoyos familiares, 1 de cada 5 varones adultos refirió no contar con apoyo familiar ni visitas, en tanto que esta cifra asciende al 30% en caso de las mujeres adultas.

Entre las variables vinculadas a la salud sexual y reproductiva se destaca que solo el 40% recibe visitas íntimas, con una frecuencia significativamente menor entre las mujeres. El 4.5% de las PPL manifestó tener relaciones sexuales por fuera de la visita íntima. El uso del preservativo fue consignado solamente por el 14%. El antecedente de alguna ITS en los dos últimos años se presentó en el 6.5%. La tasa de prevalencia de personas que viven con VIH ascendió al 1.3%, predominando en mujeres (3.6%). La tasa de incidencia de sífilis activa ascendió al 0.9%, de los cuales se estima que solo un tercio está en tratamiento.

Respecto a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, el consumo de tabaco se observó en el 74% de las PPL, siendo fumadores diarios el 93%. Casi la cuarta parte de los entrevistados manifestó no consumir nunca frutas y verduras, predominantemente entre las mujeres (56%). El 16% expresó no tener actividad física durante más de 10 hs al día. El sobrepeso y la obesidad se presentaron en el 40%, predominando en las mujeres (56.8%).

La prevalencia de HTA ascendió al 16%, pero entre los hipertensos solo el 17% estaba recibiendo tratamiento. La prevalencia estimada de diabetes fue del 3.9%, y entre las personas con glucemia elevada solo el 5.6% estaban en tratamiento. La hipercolesterolemia se constató en el 16% de las PPL pero solo el 2.1% de los casos estaba tratado.

El antecedente de internación por asma fue del 2.2% en los últimos dos años. El 1.6% refirió internaciones por infecciones respiratorias.

La incidencia de lesiones que requirieron atención médica en el último año alcanzó el 22%; un tercio de los lesionados había requerido hospitalización. La causa más frecuente fueron las heridas con objetos cortantes.

El 40% de las PPL identificó la existencia de barreras para la atención de urgencia, y un tercio vinculó las causas al personal de custodia.

El perfil epidemiológico muestra una población expuesta a un conjunto importante de factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, que generan una doble carga de enfermedad, con una prevalencia relevante de enfermedades no transmisibles, acompañada de una alta incidencia de enfermedades transmisibles. Genera particular preocupación que una elevada proporción de estas patologías están no diagnosticadas y no tratadas, con los consiguientes riesgos de complicaciones individuales, y con efectos deletéreos en el conjunto de la población en el caso de las transmisibles.

Las estrategias de abordaje de la salud de estos colectivos debe estar centrada en una lógica preventiva, en la modificación de los entornos y las prácticas generadoras de mayor riesgo, así como en la detección precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades, con una dinámica de atención longitudinal y continua, que contribuya a asegurar el derecho a la salud en los centros de privación de libertad.

CUADRO SÍNTESIS de los principales resultados del estudio epidemiológico en PPL. Uruguay. 2015

Variable	Total PPL	VARONES	MUJERES	< 19 años
Caracterización de la población				
Distribución por sexo		94.0%	6.0%	
Menores de 35 años	72.2%	73.1%	57.8%	
Edad promedio	31	31	33	
Analfabetos	5.7%	6%	0	4.4%
Estudios Secundarios	48.4%	47,5%	60%	64.1%
Solteros	53.5%	54%	46%	73.7%
Con vínculo de pareja (casados o unión libre)	39.6%	39.6%	39.4	25.3%
Con oficio/profesión	51.4%	52%	44%	19.4%
Cobertura sanitaria de ASSE	88.1%	87.9%	91.5%	88.2%
Situación de privación de libertad				
Tiempo promedio de ultima reclusión (meses)	28.1	28	26	6.4
Mediana de tiempo de ultima reclusión (meses)	17			
Medidas Privativas de Libertad como menor	29.2%	30%	17%	38% Previa a actual
Tasa de reincidencia penitenciaria	49.4%	50.6%	29.9%	
Aspectos vinculados a las Enfermedades No Transmisibles				
Sin antecedente de control de presión arterial	36.2%	38%	14%	17%
Prevalencia de Hipertensión Arterial	15.9%	16%	15.4%	3.4%
Sin antecedente de control de glicemia	70.6%	72.9%	36.1%	4.3%
Prevalencia de Diabetes	3.9%	3.5%	8.7%	2.3%
Sin antecedente de control de colesterolemia	82%	83%	67%	100.0%
Hipercolesterolemia	16%	15.3%	24.9%	2.5%

Sobrepeso y Obesidad		40.2%	39.1%	56.8%	27.2%
Antecedente de sobrepeso y obesidad		9.8%	9.4%	16.8%	15.7%
Tiempo diario promedio sentados o recostados (en horas)		6	6	5.1	5.3
Más de 10 hs. diarias sentado o recostado		16.2%	16.2%	16%	17.1%
Nunca consumo de frutas ni verduras		23.4%	21%	56%	5.6%
Nunca consumo de frutas		54.6%	53.8%	68%	12%
Consumo de frutas y/o verduras todos los días		46%	47%	26%	74%
Consumo de sal agregada a la comida siempre		65.9%	67%	45%	21%
Fumadores de tabaco		73.9	73.7%	76.6%	81%
Expuestos al humo por 7 días en espacio cerrado		86.4	87%	75%	90%
Otros aspectos de morbilidad					
Incidencias de Enfermedades infecciosas respiratorias actuales		28,5%	28%	36%	35%
Asma como motivo de internación		2.2%	1.7%	8.7%	2.3%
Antecedentes de Tuberculosis			4.4%	3.9%	0
Aspectos de salud sexual y reproductiva					
No recibe visitas íntimas		59.9%	58.4%	82.2%	96%
Uso de condón en visitas íntimas		13.9%	14.4%	6.6%	2.7%
Relaciones sexuales en reclusión por fuera de las visitas íntimas		4.5%	4.4%	6.6%	0.9%
Uso de condón en las relaciones sexuales fuera de las visitas íntimas		12.3%	12.5%	8.1%	11.2%
Antecedente de ITS en los últimos 2 años		6,5%	5.7%	20.7%	1.5%
Antecedente de	Sífilis	3.6%	3.3%	8%	0
	HPV	0.5	0	7.7	0.5%
	Gonorrea	0.3	0.3%	0	0
Test rápido de VIH positivo		1.3%	1.2%	2.7%	0
Tiempo desde ultimo PAP > 3 años o Nunca				28.7%	
Antecedente de abuso sexual o violación en reclusión		1.3%	0.9%	6.6%	2.6%
Aspectos de salud mental					
No recibe de visitas		19.1%	18%	29%	7%
Visitados por	padres	58.1%	59%	44%	81%
	hijos	30.9%	30%	48%	14%
	pareja	52.5%	54%	28%	23%
	amigos	15.4%	15.4%	14.3%	0
Frecuencia de visitas semanal		52.7%	53%	51%	86%
Lesiones auto infligidas con hospitalización		17.9%	18%	13.7%	7%
Antecedente Ideación suicida en reclusión		22.4%	22.5%	22.3%	16%

Antecedente de intento de autoeliminación		13.2%	13.3%	12.1%	11.6%
Intento de autoeliminación en último año		8.2	8.3%	6.4%	9,8%
Consumo de sustancias psicoactivas (Prevalencia de consumo en el último mes)	Alcohol	7%	7.3%	2.7%	2.6%
	Marihuana	33.1	35%	8%	28%
	Pasta Base	4.7%	5%	1%	1%
	Cocaína	2.7%	2.8%	1%	5.3%
	Psicofármacos sin indicación	18.5%	19%	6.6%	17.7%
Aspectos vinculados a la salud bucal					
Dolor o malestar en los dientes o boca en el último año		38%	38%	37%	40%
No cepillado dental diario		11.7%	12%	7%	7%
Menos de 10 dientes naturales		9.3%	9%	15.4%	0
Con 20 o más dientes naturales		65.7%	66%	57%	90%
Aspectos vinculados a la hospitalización					
Incidencia de lesiones que requirieron atención médica.		22.2%	22.4%	17.2%	30.5%
Proporción de lesiones que requirieron hospitalización		37%	38.5%	11%	43%
Causas de las lesiones que requirieron hospitalización	Herida con objeto cortante	46.8%	48.3%	18.4%	10.4%
	Golpes por 1 o más personas	15.9%	15,5%	23.7%	18%
	Caída	13.9%	14%	5%	22%
	Golpes con un objeto	11.9%	12%	9%	3%
	Arma de fuego	7%	7%	3%	24%
	Intoxicación	1.8%	1%	9%	6%
Lesiones intencionales por agresión		49%	49%	50%	51%
Lesiones por accidentes		32.5%	32%	36.5%	41.4%
Causas de hospitalización en reclusión	Enfermedades crónicas	6.5%	4.7%	34.5%	4.7%
	Enfermedades agudas	8.8%	8%	16%	6%
	Intervenciones quirúrgicas	11.2	10.7%	20.4%	12%
Barreras percibidas para la atención sanitaria					
Percepción de barreras para la atención urgente		42%	42%	32%	34%
Causas percibidas de barreras para la atención urgente	Personal de custodia	30.4%	31%	20%	15%
	Otras PPL	1.3%	1.3%	1.5%	4%
	Personal de salud	6.4%	6.2%	9%	7%
	Otras	3.3%	3%	4%	2%

2. Distribución horaria

El módulo II Situación de salud de las PPL ofrece el particular interés de generar instancias participativas para analizar los datos de salud más actuales con que cuenta el sistema; en este caso, analizar los principales datos del Estudio Epidemiológico del Proyecto “Justicia e Inclusión” ofrece una interesante oportunidad de intercambio entre los participantes, por lo que se destina gran parte del tiempo a dicho análisis.

La propuesta de distribución horaria incluye:

30 minutos	Importancia – Abordaje general
50 minutos	Situación de salud de PPL - Metodologías de abordaje en la práctica actual
20 minutos	Ejemplo de estudio actual: estudio epidemiológico del Proyecto “Justicia e Inclusión” – Aspectos metodológicos
15 -20 minutos	Intervalo
2 horas	Resultados del estudio epidemiológico Presentación preliminar, trabajo en grupos y plenario

3. Propuesta didáctica

La propuesta incluye espacios de presentación temática en base a disertación del expositor, acompañado de preferencia por una presentación proyectada para facilitar el seguimiento a participantes y docente. Es preferible que haya 2 expositores para alternar estilos y apoyar la atención del auditorio.

Como en el módulo anterior se propone respetar el tiempo de exposición y salvo que no se haya entendido algo, dejar los comentarios para el tiempo final (5 – 10 minutos)

En cuanto a las instancias participativas, están previstas 3 oportunidades:

- Al inicio del tema Situación de salud de PPL, proponer al grupo una lluvia de ideas acerca de cuáles son los principales problemas de salud en las prisiones en Uruguay, según su experiencia, en forma de frase corta. Anotar en pizarra o papelógrafo colocando una cruz cuando se va repitiendo la percepción de los problemas. Luego tener en cuenta en resultados del Estudio. Máximo: 15 minutos.
- Taller de 1 hora en grupos (3 o 4 grupos) con propuesta de lectura de resultados obtenidos en el estudio epidemiológico, con la consigna de analizar en forma breve los resultados, y jerarquizar los mismos, en función de criterios propios, y de la experiencia de estudios realizados a la población bajo su atención.
- Seguidamente, plenario de presentación del análisis de cada grupo (10 minutos por grupo) y comentarios finales del docente, haciendo referencia a las percepciones registradas en la lluvia de ideas inicial.

4. Materiales

- ✓ Una impresión de los resultados del estudio epidemiológico para cada participante.
- ✓ Pizarra o papelógrafo
- ✓ Marcador para pizarra o papelógrafo
- ✓ Hojas para el trabajo grupal
- ✓ Proyector, Pc y pantalla

MODULO III – DERECHOS Y DETERMINANTES DE SALUD

Unidad III.1 - Derechos humanos, derecho a la salud

Unidad III.2 - Perspectiva de género y generaciones

Unidad III.3 - Concepto de determinantes

Unidad III.4 - Vulnerabilidad

1. Reseña temática del módulo
2. Distribución horaria
3. Propuesta didáctica
4. Materiales

1. Reseña temática

Unidad III.1 – Derechos humanos

El privado de libertad es un sujeto de derechos, cuya limitación principal con la sanción penal se refiere a la libre circulación. Los derechos de las PPL⁴⁹ provienen de los Derechos Humanos generales universales y se aplican a todas las personas que se encuentran recluidas. *El único derecho que se ve afectado es el derecho a la libertad.* Las PPL mantienen todos los demás derechos fundamentales. Entre esos derechos se encuentra el derecho a la salud.

La pérdida de la libertad en sí misma es el castigo, no la privación de los derechos humanos fundamentales. En este respecto, los Estados tienen la obligación de implementar una legislación, políticas y programas consistentes con las normas internacionales sobre derechos humanos y de asegurar que se proporcione a las PPL un nivel de cuidado de la salud equivalente al que se encuentra en la comunidad fuera de la cárcel.

El derecho a la salud en tanto derecho humano básico, está caracterizado como todo derecho por los principios de universalidad, indivisibilidad, integralidad, imprescriptibilidad, irrenunciabilidad, inalienabilidad, inviolabilidad y progresividad. El derecho a la salud integra los derechos económicos y sociales, y como un derecho fundamental, el Estado tiene el deber de garantizar a toda la población hasta lograr su satisfacción.

Se encuentra sustentado y reconocido tanto a nivel nacional como internacional, consagrado desde 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La salud es un derecho y a la vez es condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. Las condiciones de salud de las personas varían según sus características de vida y existencia, su grado de autonomía, el acceso a la alimentación, vivienda, trabajo y educación. Asimismo, la Salud es un bien público, un bien social, derecho de la ciudadanía y responsabilidad del Estado.

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. No sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una

⁴⁹ Ministerio del Interior Guía informativa para personas privadas de libertad. Uruguay, año 2013. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/index.php/2013-06-17-14-41-56/2012-11-13-13-08-52/78-noticias/ultimas-noticias/1414-guia-informativa-para-personas-privadas-de-libertad>

nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva⁵⁰.

El marco normativo vigente en Uruguay reconoce expresamente el derecho a la salud integral, de calidad y al acceso a la misma como un derecho humano más (Ley 17.823 - Código de la Niñez y Adolescencia - CNA -; Ley 18.335, Derechos y obligaciones de los usuarios de salud; Ley 18.426, Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva).

El derecho a la salud de las personas privadas de libertad está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (artículo 12), por lo que se tiene que garantizar la calidad de vida y un medio ambiente sano durante la privación de libertad.⁵¹

Los estándares internacionales en materia de derechos humanos establecen que la atención sanitaria de las PPL debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las buenas prácticas sanitarias en las unidades de privación de libertad.

A nivel nacional, no existen diferencias en cuanto a la definición normativa del derecho a la salud entre las PPL y la población general del país.⁵² Este derecho está consagrado en la Constitución de la República (artículos 7, 26, 44 y 72), se encuentra expresamente reconocido en el artículo 21 del decreto ley 14.470 ratificada por el Decreto-Ley 15.738 de normas de privación de libertad carcelaria, y en la Ley de creación del SNIS en su artículo 1º, otorgándole los mismos derechos a todas las personas que habiten en el territorio nacional. La condición de pérdida de libertad no debe inhabilitar el goce de otros derechos, entre ellos el derecho a la salud.

La organización de los servicios de salud penitenciarios, independiente de la modalidad de gobernanza que tenga el sistema, debe asegurar la accesibilidad, integralidad y continuidad de atención, aportando elementos preventivos y de promoción de salud en forma sistemática.

El derecho a un medio ambiente sano es de naturaleza colectiva, se vincula con derechos fundamentales individuales, como los de vida, salud, o la integridad física.

Entre los problemas que vulneran los derechos humanos en las cárceles se encuentran los de carácter ambiental, que generan impactos al entorno y afectan sustancialmente las condiciones de vida de los internos. Para garantizar ese derecho en un establecimiento penitenciario se debe considerar el acceso al agua potable, el saneamiento, los ambientes de privación de libertad, entre otros factores. La calidad y la salubridad del entorno son vitales para una buena salud

⁵⁰ Observación general sobre el derecho a la salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2006)

⁵¹ Hernandez P, Jeniffer and Mejia O, Luz Mery. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010, vol.28, n.2, pp. 132-140. Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2010000200005&script=sci_arttext

⁵² Informe encargado al comisionado parlamentario por la comisión de seguimiento de la situación carcelaria, en sesión de fecha 17 de mayo de 2012. disponible en : <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/otrosdocumentos/comisionadoparlamentario/InformeEspecialAgosto2012.pdf>

REGLAS MANDELA – Reglas mínimas de Naciones Unidas para el tratamiento de reclusos

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos han sido las reglas universalmente reconocidas para la atención de personas privadas de libertad, y han tenido un gran valor e influencia, como guía, en la elaboración de leyes, políticas y prácticas penitenciarias desde su aprobación por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en 1955.

Estas Reglas, ampliamente vistas como el principal documento relacionado al tratamiento de las personas detenidas, fueron revisadas en 2010 - 2015 según resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas por un grupo intergubernamental de expertos. En mayo de 2015, durante la 24ª sesión de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas (integrada por Uruguay entre otros países), se adoptó [el texto revisado](#) de las Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos,⁵³ que pasaron a denominarse las “Reglas Mandela”.⁵⁴

“Las Reglas, si se aplican plenamente, contribuirían a que el encarcelamiento dejara ser un tiempo desperdiciado de sufrimiento y humillación para convertirse en una etapa de desarrollo personal que condujera a la puesta en libertad, en beneficio de la sociedad en su conjunto.”

Los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos se han comprometido a respetar y garantizar los derechos de todas las personas privadas de libertad sometidas a su jurisdicción, adoptando los **Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas**⁵⁵.

La situación específica de los niños y las mujeres en la administración de justicia, en particular en situaciones de privación de libertad, está considerada en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing⁵⁶, las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad), las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, y las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y medidas no privativas de libertad para las mujeres delincuentes (conocidas como Reglas de Bangkok)⁵⁷.

- Las Reglas de Bangkok establecen normas hacia la atención de mujeres privadas de libertad, complementan las Reglas de Tokio y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos – Reglas Mandela - y están dirigidas a las autoridades penitenciarias y del sistema de justicia.

53 ONU: **Reglas de Mandela**, 2015. Disponible en :

http://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6_Rev1/ECN152015_L6Rev1_s_V1503588.pdf

54 Amnistía Internacional se unió a una coalición de ONG e intelectuales que trabajaron en favor de una reelaboración progresista de las normas. La organización pide a todos los Estados que estudien las Reglas de Mandela y las apliquen plenamente en la ley, la normativa y la práctica.

55 Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Disponibles en : <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

56 **Reglas de Beijing**

- 13.3 Los menores que se encuentren en prisión preventiva gozarán de todos los derechos y garantías previstos en las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos aprobadas por las Naciones Unidas.
- 26.2 Los menores confinados en establecimientos penitenciarios recibirán los cuidados, la protección y toda la asistencia necesaria -social, educacional, profesional, psicológica, médica y física- que puedan requerir debido a su edad, sexo y personalidad y en interés de su desarrollo sano.

57 **Reglas de Bangkok**: En Diciembre de 2010 la Asamblea General de la ONU aprobó las **Reglas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de libertad para mujeres delincuentes**, conocidas como Reglas de Bangkok.

Las 70 Reglas brindan una guía a los responsables de políticas, legisladores, operadores del sistema de justicia penal, y al personal penitenciario para reducir el innecesario encarcelamiento de las mujeres y para atender sus necesidades especiales.

Disponible en : https://inr.minterior.gub.uy/images/web/DDHH/Reglas_de_bangkok.pdf

- Las Reglas de Bangkok parten de la premisa que varones y mujeres no deben recibir un “trato igual”, sino por el contrario, debe asegurarse un trato diferente bajo leyes y políticas sensibles al género de las personas (discriminación positiva).

Derecho a la salud en la adolescencia

El marco normativo vigente en Uruguay reconoce expresamente en el adolescente el derecho a la salud integral, de calidad y al acceso a la misma como un derecho humano más (Ley 17.823 - Código de la Niñez y Adolescencia (CNA); Ley 18.335, Derechos y obligaciones de los usuarios; Ley 18.426, Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva).

El CNA introdujo características específicas en relación al proceso penal para enjuiciar y procesar a los adolescentes que cometen delitos. En los casos en que el juez decida el ingreso a centros de internación con medidas socio – educativas de privación de libertad, dispone que el equipo técnico del establecimiento de internación incluya la evaluación médica y psicosocial.

Las medidas socioeducativas privativas de libertad sólo se aplican en caso de que se haya dictado una sentencia (Art. 77 del CNA); pueden durar hasta 5 años. Incluyen internación en establecimientos específicos para adolescentes, así como internación con posibilidades de gozar de semi libertad que permita visitar a su familia o realizar actividades externas para su propio beneficio (Art. 99). El Art. 93 establece además que “En los casos de adolescentes infractores, que padecen dependencias alcohólicas o toxicómanas, se efectivizará la asistencia a programas de orientación y tratamiento adecuados”.

El CNA también recoge aspectos esenciales al establecer en su artículo 8 que el niño y el adolescente tiene derecho a ser oído y a obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida.

Definición normativa de las categorías etarias de Niño y Adolescente

Para tener en cuenta:

“El CNA en su artículo primero define como «niño» a toda persona comprendida entre los 0 y los doce años de edad inclusive, y como «adolescente» a toda persona mayor de 13 y menor de 18 años de edad. Para la CDN es niño toda persona menor de 18 años.

“ (...) las instituciones deberán desarrollar una praxis respetuosa del ámbito creciente de autonomía personal que el ordenamiento jurídico les reconoce a las personas menores de edad conforme estas van creciendo, lo que deberá tenerse debidamente en cuenta en el momento de analizar cada una de las situaciones que se presenten...

(...) El único criterio que puede servir de parámetro objetivo para la determinación del grado de madurez que resulta aceptable en términos axiológicos racionales es el etario. (...) Es el único criterio objetivo que tiende a prevenir las intervenciones discrecionales que lesionan el principio de igualdad de las personas. Establecer que a partir de determinada edad y respecto de ciertos asuntos la opinión de los adolescentes tenga carácter vinculante¹⁴ no significa que se desconozca la condición de sujetos de derecho de los niños, ni que estos sean considerados incapaces de expresar su voluntad y deseos; su opinión deberá ser ponderada en el marco de la situación planteada (Pág 49)”.

Adolescentes: Principios generales del derecho en el Uruguay.

1-Principio del interés superior del niño (y adolescente): Este principio conlleva una consideración primordial de los derechos del niño y adolescente, en todas las acciones y decisiones de los adultos que los afecten. Dicho de otro modo: entre el conjunto de intereses involucrados en una situación particular, debe primar el interés del niño, de manera tal que la resolución esté orientada a garantizarle el pleno ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro. Esta preeminencia se deriva de la necesidad de asegurar a los niños las condiciones que posibiliten el más pleno desarrollo de su personalidad desde su más temprana edad. La conculcación o vulneración de un derecho básico durante la infancia de un niño puede afectar el resto de su vida. En el ámbito de la salud, cobra especial importancia el mencionado principio en términos de oportunidad para el pleno desarrollo de sus capacidades.

2-Principio de la autonomía progresiva: Este principio está inspirado en la nueva condición jurídica del niño y del adolescente: por tanto, reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada niño o adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. Esto se traduce en la definición de una esfera de autonomía personal que se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Esto significa que dicha esfera de autonomía resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez (IDISU, 2012: 29-31)⁵⁸ Este reconocimiento de validez y eficacia de las manifestaciones de voluntad de las personas menores de edad importa también el respeto al derecho a la privacidad; derecho que es una de las más trascendentes manifestaciones del principio de la libertad personal.

Hay que destacar que el principio de la autonomía progresiva y de la libertad personal tiene su límite si hay riesgo de vida. (según Decreto 274/010 Ministerio de Salud Pública, reglamentario de la ley 18335 Artículo 31: Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario, paciente o terceros).

Los principios de ética médica (Naciones Unidas, 1982)⁵⁹ aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes establecen como primer principio que:

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tienen el *deber de brindar protección a la salud física y mental* de dichas personas y de tratar sus enfermedades al *mismo nivel de calidad* que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

El personal de salud es responsable de proteger la salud de todas las PPL. Toda persona sometida a cualquier forma de detención o prisión será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano⁶⁰.

⁵⁸ "Guía: Los derechos de la Infancia y Adolescencia en el área de la salud. Iniciativa Derechos de Infancia y Salud (IDISU). MSP, INAU, SUP, UdelaR, UNICEF. Noviembre 2012. Disponible en página de Unicef Uruguay, en Publicaciones.

⁵⁹ Principios de Ética Médica (Naciones Unidas, 1982) .Disponible en :<http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/lem/princip.html>

⁶⁰ ONU. Manual de bolsillo de normas internacionales de derechos humanos para funcionarios de instituciones penitenciarias.2005.Disponible en: <https://inr.minterior.gub.uy/images/web/DDHH/DDHH/Los%20Derechos%20Humanos%20y%20las%20prisiones.pdf>

Deben estar siempre presentes los principios de **confidencialidad** de la información médica, **autonomía** de los pacientes, **respeto** de su propia salud y el **consentimiento** en la relación médico-paciente⁶¹.

Consentimiento informado. *“Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante - luego de recibir información adecuada, suficiente y continua - y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa (Art 17 del Decreto 274/2010) (esto aplica en particular a todo tipo de procedimiento invasivo o terapia de riesgo). Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.*

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.” (Art 11 de la ley 18335).

La confidencialidad *Se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada en la atención en salud. Es un derecho de las personas, que quienes hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, no puedan revelarlos sin su autorización expresa. Esto se aplica tanto a la información vertida en la consulta, como a la de las historias clínicas. Según el Código de Ética Médica del SMU y FEMI en sus artículos 20 y 21 plantean que el paciente tiene derecho a "la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte. El médico guardará el secreto profesional y será responsable de propiciar su respeto por parte de todo el equipo de salud involucrado con su paciente. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto".*

Derechos sexuales y reproductivos

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante la formulación de políticas en materia de salud, tales como la definición de prestaciones prioritarias. El acceso a servicios de salud –incluida la salud sexual y reproductiva (SSR)- es una forma de hacer efectivo este derecho.

La salud sexual y la salud reproductiva constituyen elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental.⁶² Para asegurar una gestión humanizada de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacional respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de las PPL, y que el trato dispensado a ellos esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social

La sexualidad aporta nuevos contenidos a los derechos humanos, expresados en los **derechos sexuales y en los derechos reproductivos (DDSSRR)** como parte del derecho a la salud. A la

⁶¹Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

⁶² Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS. E/CN.4/2004/49. 2004

hora de pensar en el real ejercicio del derecho a la salud, es ineludible la promoción de la SSR, en tanto dimensión central de la salud y de la vida de las personas. Como lo afirma el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya incluidos en diversos instrumentos internacionales y han servido para dar nuevos contenidos a los derechos humanos clásicos. En este marco de los DDHH los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud, integran los denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)⁶³ y por lo tanto, es fundamental comprender algunas de sus características. La protección de estos derechos es fundamental para el pleno respeto de los derechos humanos y ubica a los sistemas de salud frente al reto de garantizar las condiciones necesarias para su protección y garantía y a la sociedad civil frente al reto de buscar su cumplimiento y hacer realidad su ejercicio.

DDSSRR en adolescentes privados de libertad

La relevancia que tiene el ejercicio de los derechos sexuales en la adolescencia, indica la necesidad de revisar la actual normativa altamente restrictiva que inhabilita absolutamente las visitas íntimas en centros de privación de libertad de adolescentes. Debiera manejarse el mismo criterio de autonomía progresiva que orienta otras dimensiones de la vida cotidiana de los adolescentes en estos centros.

Fue señalada la importancia de la adecuada promoción de estos derechos para garantizar su ejercicio: en el caso de los y las adolescentes, es imperativo establecer programas de promoción de salud que incorporen el conocimiento y respeto de estos derechos, asociado al cuidado de la salud en su ejercicio.

Cabe señalar la importancia de la vigilancia hacia la prevención de la violencia sexual entre internos, posibilitando mecanismos de diálogo y confidencialidad que favorezcan el apoyo y la evitación o reiteración de situaciones de violencia o abuso sexual, y en casos pertinentes, habilitar las denuncias correspondientes.

DDSSRR en varones y mujeres adultos privados de libertad

El marco normativo nacional e internacional que tutela el derecho a la vida privada de las PPL y el derecho a la salud y a la sexualidad ampara la visita íntima en centros de privación de libertad, en la aspiración de que la privación de libertad no resulte en restricción de derechos fundamentales consagrados por los distintos instrumentos internacionales de protección y promoción de los derechos humanos de las PPL.

Existe explícita inclusión en la normativa nacional de visitas entre personas del mismo o distinto sexo, para cualquier modalidad de visita íntima.

La Resolución 119/08⁶⁴ de la Dirección Nacional de Cárceles reglamenta la visita íntima considerando el derecho a mantener y fortalecer el vínculo afectivo con la pareja y el derecho a la sexualidad y a la salud (art. 74: “se permitirá la visita íntima *entre personas que no tengan otra intención que la de mantener relación sexual*”).

⁶³ Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** es un [tratado](#) multilateral general adoptado por la [Asamblea General de las Naciones Unidas](#) en 1966, que reconoce [Derechos económicos, sociales y culturales](#) y establece mecanismos para su protección y garantía. (y entró en vigor el [3 de enero de 1976](#)). Se compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado.

⁶⁴ Resolución N° 119/08, de 20 de junio de 2008, de la Dirección Nacional de Cárceles, Penitenciarias y Centros de Recuperación. República Oriental del Uruguay.

Adhiriendo a la Regla Mínima 60, que dice: “El régimen del establecimiento debe tratar de reducir las diferencias que puedan existir entre la vida en prisión y la vida libre en cuanto éstas contribuyan a debilitar el sentido de responsabilidad del recluso o el respeto a la dignidad de su persona”, es aconsejable que el régimen de las visitas íntimas esté preestablecido en protocolos definidos por las autoridades del INR y aplicados en forma homogénea en los distintos establecimientos.

Asimismo, se recuerda que es recomendación del Ministerio del Interior⁶⁵ que “...las visitas no deben ser nunca suspendidas o utilizadas como instrumento de sanción.” Además, la suspensión de visitas, de la índole que éstas sean, resultará en una pena para la persona visitante, a sabiendas que “...la pena no puede trascender de la persona del delincuente”.

Las Reglas de Bangkok contemplan la visita íntima como un derecho. En este sentido la Regla 27 establece que “las reclusas tendrán el mismo derecho a ellas que los reclusos de sexo masculino⁶⁶”.

DDSSRR - Anticoncepción

Dentro de los derechos que tienen todas las personas, está el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos nacidos y futuros, y de informarse para decidir respecto a su reproducción y disponer de los métodos para ello. La consulta profesional en anticoncepción debe tener un fuerte carácter preventivo y de integralidad.

La Ley N° 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (SSYSR), establece que los métodos anticonceptivos son una prestación universal y obligatoria.

Las PPL deberán acceder a métodos anticonceptivos, de manera consciente, libre, informada y responsable. El equipo de salud debe acompañar y ayudar a identificar sus necesidades anticonceptivas, para que puedan optar libremente entre las opciones disponibles, aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales, y permita satisfacer sus intenciones reproductivas.

Se deberá ofrecer amplia información sobre todos los métodos disponibles, incluyendo materiales educativos apropiados y sesiones educativas grupales, tanto a hombres, mujeres, adultos y adolescentes.

DDSSRR - Control del embarazo

Las mujeres privadas de libertad tienen derecho al cuidado y control de su salud, así como también al control del embarazo. El mismo debe realizarse en igual forma, con las mismas características y los mismos derechos, a como se lo realizaría fuera del establecimiento de privación de libertad.

DDSSRR - Trabajo de parto y parto

El trabajo de parto y el parto forman parte de la intimidad y de la sexualidad de la mujer. La Ley 18.426 en su artículo 3°, impone la obligación de:

“promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”.

⁶⁵ Fulco, G. Documento de consulta sobre la protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad. Disponible en: https://inr.minterior.gub.uy/images/web/Llamados/Material/Psicologos/la_ruta_2-3sinvictimas.pdf

⁶⁶ Reglas de Bangkok. Disponible en : https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf

En tanto que la ley 17.386 Artículo 1º dispone que:

“Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”.

DDSSRR - Cuidados de salud específicos a PPL transgénero

Las personas transgénero que ingresan a prisión tienen derecho ser nombradas con el nombre con que se identifican. Es importante evitar situaciones de estigma y discriminación.

En general con relación a la diversidad de orientación sexual de las PPL, se requiere de los equipos de salud y de la autoridad penitenciaria:⁶⁷

- Construir un diagnóstico sobre las vulneraciones de derechos que viven las personas LGTB (Lesbianas, Gays, Transgénero y Bisexuales) con especial énfasis en demandas, necesidades y requerimientos específicos, así como el registro de situaciones de violencia institucional generadas por no adecuarse a los estereotipos hegemónicos de género o por tener orientaciones sexuales diversas. (MYSU, 2013).
- Garantizar la confidencialidad de las consultas, para que quienes asisten a los servicios tengan la seguridad de que su consulta va a ser preservada en la privacidad en todos los términos.
- Trabajar con el personal penitenciario y de salud, desde quien atiende la recepción, el cuerpo administrativo y el equipo de profesionales en cada unidad, en ser cuidadosos para no generar comentarios o formas de tratamiento que pueden ser estigmatizantes, ya sea en el trato directo o en comentarios indirectos.

Cumplimiento de la normativa vigente en el sistema de privación de libertad

El proceso de Reforma Penitenciaria iniciado en el país en el año 2005 tiene el propósito de instalar un modelo global de gestión de la privación de libertad acorde a los parámetros de buenas prácticas penitenciarias establecidos por la comunidad internacional. Como precedentes de la ideología socio, política y cultural fundante de la tradición democrática del Uruguay basada en el respeto de los derechos humanos, se consigna el Artículo 26 de la Constitución de la República y la Ley 14.470, en clara consonancia con los postulados de las Reglas Mínimas⁶⁸.

Las normas penitenciarias reflejan el compromiso de tratar a las PPL de manera justa y equitativa. La limitación de movimientos propia de la condición de privación de libertad significa una gran desventaja en términos del cuidado de la salud, en tanto constituye una limitación al libre acceso a la atención a la salud. Alcanzar la equidad en los cuidados, exige sin duda una discriminación positiva, asegurando abordajes preventivos y asistenciales no siempre al alcance de la población general.

⁶⁷ Extraído del **Protocolo de Atención en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** en Centros de Privación de Libertad

⁶⁸ Informe sobre buenas prácticas en materia penitenciaria en la República Oriental del Uruguay. Ministerio del Interior. Asesoría Penitenciaria julio 2011: Disponible en: http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2011/noticias/NO_A828/informecarceles.pdf

Vale señalar la contribución a la función rehabilitadora que puede y debe tener el cuidado de la salud, desde un diagnóstico adecuado integral al ingreso del sistema penitenciario, hasta la continuidad de los controles en salud y la asistencia continua. Explicitar ante una persona privada de libertad una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema de privación de libertad, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a la necesaria autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo.

La incorporación de servicios de ASSE en los establecimientos metropolitanos de privación de libertad de adultos como prestador de salud—cubriendo en la actualidad el 65 % de la atención de las PPL—ha significado un importante cambio hacia el reconocimiento de derechos de salud, que debe ser profundizado a partir de la orientación permanente de los equipos de salud y del personal penitenciario. Si bien este proceso se ha enlentecido, en el actual presupuesto (2016 – 2020) se destinan montos para continuar la prestación desde ASSE y el Servicio de Sanidad Policial, así como para la instalación de un hospital penitenciario.

Actualmente el INISA – Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente - anteriormente el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SIRPA) -, es un órgano descentralizado dependiente del MIDES, según ley 19.367 de diciembre 2016, que tiene como propósito desarrollar un modelo de atención y rehabilitación de adolescentes en conflicto con la ley, desde una perspectiva de sus derechos.

El Ministerio de Salud (MSP) y su Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (PNSAyJ) han establecido las bases que sustentan la atención integral a la salud del adolescente, marco que respalda la ejecución de actividades de promoción, prevención, asistencia a la morbilidad y rehabilitación dirigidas a este grupo poblacional en los sectores público privado, prestadores integrales y no integrales, que brinden atención a los adolescentes en todo el territorio nacional, respetando la diversidad.

Se ha elaborado el "Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes" (2007), las "Guías de Atención Integral a la salud de adolescentes", (2009), las "Buenas Practicas de Atención a la Salud Adolescente" y el "Protocolo de Espacios Adolescentes" (2014). Las intervenciones contempladas en estas recomendaciones, deben aplicarse a los adolescentes que se encuentran privados de libertad, asegurando los recursos y las capacidades operativas para su cumplimiento.

Unidad III.2 – Perspectiva de género y de generaciones

Género

En la década de 1970 se abre un campo de análisis sobre la vida de mujeres y varones y sus relaciones, aplicando la hoy llamada “perspectiva de género”.

La **perspectiva de género** es una categoría de análisis que incluye las metodologías y prácticas destinadas al «estudio de las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y para las mujeres, lo que identifica lo femenino y lo masculino”, que supone la existencia de una desigual distribución de poder entre ellos.

Esta perspectiva promueve la consideración del impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y sus interacciones. A partir de este enfoque se pretende desnaturalizar el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los géneros, sus vínculos de poder, y mostrar que los modelos ser varón o ser mujer depende de los valores culturales de cada época. Estos modelos son construcciones sociales dependientes de cada tiempo y lugar, que definen cómo se interrelacionan hombres y mujeres, y especifican lo que se espera de cada persona, de acuerdo al lugar que se atribuye a su género en cada sociedad.

Así, hay que diferenciar los términos *sexo* y *género*, el sexo para referirse a las diferencias biológicas, y el género a las diferencias construidas socialmente. Las características del sexo, en tanto biológicas, son comunes a las sociedades y culturas en general. En cambio, el concepto de género se relaciona con modelos sociales construidos a lo largo de la historia de las relaciones sociales.

Los modos en que se determina el papel que desempeñan mujeres y hombres en una sociedad, van más allá de las particularidades físicas y biológicas que distinguen a cada sexo. Mientras las disimilitudes en materia de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo. Así se van estableciendo conceptos acerca de las capacidades entre hombres y mujeres, se asignan funciones y competencias distintas a ambos. Ello conlleva a diferencias en el acceso a recursos, división del trabajo y distinta remuneración según el sexo, en las oportunidades de promoción profesional, en la minimización de sus derechos, como en el caso de la violencia de género.

Estas diferentes oportunidades al alcance de hombres y mujeres, - la capacidad de unos y otras para adoptar decisiones y disfrutar de los derechos humanos -, incluyen los relacionados con la protección de la salud y la demanda de atención en caso de enfermedad. Esto tiene repercusiones en la salud. La condición de género en los varones lo vincula con su rol proveedor y su fortaleza física, por lo que en general minimizan sus quebrantos de salud llegando tarde a la consulta; las mujeres, en general condicionadas por su rol de cuidadora de hijos y padres, es concurrente frecuente de los sistemas de salud por dichos cuidados, postergando su propia atención.

Algunos problemas de salud tienen mayor impacto en las mujeres, otros le son específicos como los que sufre durante el embarazo y el parto. Las mujeres son víctimas frecuentes de actos de violencia física, sexual y psíquica en el hogar, cometidos a menudo por su cónyuge, así como en entornos donde hay conflictos. Los hombres, en cambio, suelen ser víctimas de actos de violencia, y también padecen con mayor frecuencia traumatismos por someterse a accidentes y situaciones de riesgo.

En la mayoría de los países, las mujeres viven más tiempo que los hombres. Aunque la menor duración de la vida de los hombres puede deberse a una mayor exposición a ciertos factores de riesgo, como el consumo de tabaco o alcohol, los accidentes de tránsito, los homicidios, los suicidios o las enfermedades cardiovasculares, los años "extras" de las mujeres a menudo se pasan en la sombra de la discapacidad o la enfermedad.

Las políticas sanitarias, así como las reformas de la salud, afectan de distinta manera a mujeres y varones. Son constatables las desigualdades entre unas y otros respecto al acceso a los servicios, a la calidad de la atención, a la participación, a la toma de decisiones, etc. El enfoque de género en salud se torna fundamental para el análisis de las diferencias entre varones y mujeres respecto a la producción cotidiana de sus procesos de salud, de saberes al respecto,

sistemas de cuidados, etc. La categoría de género debe ser articulada con otras categorías como nivel socioeconómico, orientación sexual, etnia, edad, discapacidad intelectual, etc.

Tanto el género como la generación son dos categorías que se encuentran articuladas. Cuando a la condición de mujer se suma el factor edad, así como el factor pobreza, o étnico-racial, o de discapacidad, se produce mayores discriminaciones que colocan a la persona en un lugar de extrema vulnerabilidad. Estas condiciones también inciden en la situación del varón

La **masculinidad como categoría de género** permite estudiar a las masculinidades como redes de significados distintos⁶⁹, donde su análisis habilita la desconstrucción del hombre hegemónico como construcción socio-cultural, y que los varones se interroguen acerca de la legitimidad y la naturalidad de su masculinidad. Se ha instalado un dilema entre la búsqueda de una identidad propia como "*hombre*", y el sometimiento de una cultura masculina que privilegia el ser "*macho*" centrado en la identificación con lo viril - potencia sexual (concepto opuesto a la femineidad – pasividad).

Muchas formas culturales de "*masculinidad-macho*" están generalmente relacionadas de forma directa con la experimentación del riesgo, configurando un factor predisponente para una serie de vulnerabilidades desde el punto de vista de la salud: violencia, riesgo de infección por el VIH, adicciones o paternidad precoz, entre otras. Es una dinámica que se expresa en las relaciones entre hombres y mujeres, en la interacción de los hombres con otros hombres y la dinámica de poder y violencia que a veces surge en tales interacciones. La *virilidad* conlleva así a una mezcla de privilegio y costos personales.

Se ha observado que los rituales que marcan para los varones el pasaje de la infancia - adolescencia a la adultez, remiten a la valentía, la audacia, la tolerancia al dolor, la capacidad para producir y proveer bienes, la fortaleza física, etc. En nuestra sociedad la ausencia de rituales complejos y sistematizados, hace que los jóvenes encuentren en su vida cotidiana espacios informales y poco reglados para ponerse a prueba, que no ofrecen condiciones de seguridad, lo que hace que aumente significativamente su exposición al peligro en el proceso de ser hombres. La trasgresión de las normas, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas sexuales de riesgo, la violencia y el delito pueden expresar formatos de la ritualidad asociada a esta transición en las sociedades occidentales, especialmente en los sectores sociales donde los varones jóvenes no acceden a espacios simbólicos de prueba como los deportes y otras competiciones regladas.^{70 71}

La **noción de diversidad** incorporada al enfoque de equidad de género significa reconocer que las mujeres y los hombres constituyen grupos heterogéneos. Las inequidades de género confluyen con otras inequidades, potenciando o agravando los procesos de salud y enfermedad. Resulta fundamental también la incorporación del enfoque de diversidad sexual al abordaje de la salud y la salud sexual y reproductiva. La orientación sexual y la identidad de género están siendo reconocidas como categorías determinantes y condicionantes de la salud, no solo por las prácticas sexuales y sociales específicas, sino por exponer a las personas

⁶⁹ Gutmann, M C, 1999. En: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v5n10/0104-7183-ha-5-10-0245.pdf>

⁷⁰ Badinter, Elisabeth, "XY **La identidad masculina**". Alianza Editorial, Madrid 1993

⁷¹ "Tal vez los únicos rituales formales de pasaje de adolescencia a adultez en las sociedades occidentales son los establecidos por algunas religiones que siguen una lógica de valores, pero no necesariamente representan una oportunidad de "poner a prueba" las características que representan a la masculinidad en estas sociedades". Extraído de "Abordaje del consumo problemático de drogas en varones privados de libertad: un modelo posible". Junta Nacional de Drogas 2011

lesbianas, gays, bisexuales, intersexuales y trans al estigma, la discriminación y la exclusión social.

La OPS ha recomendado la necesidad de capacitar a los efectores de salud para *“mejorar el acceso y eliminar la discriminación contra los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, si quieren atender eficazmente las necesidades de salud de esta población”*. Por su parte, el Ministerio de Salud ha establecido que para garantizar el cuidado de la salud de todas las personas es necesario que todos los servicios del SNIS y los equipos de salud (personal técnico y administrativo) sean sensibilizados y capacitados para brindar una adecuada atención a las personas según su orientación sexual e identidad de género, desde una perspectiva de derechos humanos y de género⁷².

Género y privación de libertad

En opinión de Andrew Coyle⁷³ es un error considerar a los prisioneros como un grupo homogéneo y lidiar con todos ellos de forma indiscriminada. Las diferencias de género deben ser respetadas, separando a las mujeres de los hombres y tratándolos, en muchos aspectos, de manera diferenciada. Debido a que la inmensa mayoría de las cárceles son cárceles de hombres, éstas se encuentran estructuradas desde una perspectiva masculina en términos de seguridad, de diseño arquitectónico y de los regímenes que las rigen. Sin embargo, las necesidades de las prisioneras mujeres son, a menudo, bastante diferentes de las de hombres prisioneros y deben ser tomadas en cuenta como tales.

Al conjunto de factores que afectan por igual a hombres y a mujeres privados de libertad, se suman las situaciones y padecimientos exclusivos de la condición de género. Por lo general, las circunstancias domésticas que habrán dejado detrás serán muy distintas, ya que muchas mujeres son el único sostén familiar o cumplen el papel principal de atención a sus familiares inmediatos y otros. El estado de salud se agrava por el mayor sufrimiento psicológico de las mujeres en los centros de detención, en función de la desatención de sus mayores responsabilidades familiares y domésticas. Gran parte de las necesidades de las mujeres están relacionadas con temas de salud reproductiva, problemas de salud mental, tráfico de drogas e historiales de violencia y abuso. Sumado a esto, la condición de privación de libertad en mujeres es más denigrante que la privación de libertad masculina, en el imaginario social y, además, en tanto falta del hogar quien cuida, las mujeres reclusas reciben menos visitas y apoyos.

Los estudios coinciden en que la prevalencia de patologías mentales es superior en mujeres que en hombres.

Los efectos del encierro generan consecuencias directas en la salud física y psicológica de las mujeres privadas de libertad, complejizándose la situación cuando estas se encuentran en condición de embarazo o de puerperio.

⁷² **Guías Diversidad Sexual**, MSP. 2009

⁷³ Andrew Coyle es Doctor en Criminología por la Universidad de Edimburgo. Profesor emérito de la cátedra de Estudios Penitenciarios en la Universidad de Londres y ex Director del International Centre for Prison Studies (ICPS) de la Universidad de Essex. Fue director de distintas prisiones en el Reino Unido y ha sido consejero en materia de prisiones para distintos organismos intergubernamentales, entre ellos las Naciones Unidas, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Consejo de Europa. Se destaca su texto **“La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos: Manual para el personal penitenciario”** disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/29994.pdf>

También tiene efectos sobre el entorno familiar y sobre los hijos e hijas que viven en los centros con ellas, así como de los que no conviven.

Una situación de embarazo en privación de libertad, parto, puerperio y el comienzo del vínculo madre-hijo, así como la situación de todas las mujeres madres con sus hijos “afuera”, constituyen elementos de vulnerabilidad frente a la maternidad, por lo que se generan situaciones específicas a abordar. Las derivaciones afectivas, emocionales y también del orden de lo inmediato concreto –preocupación por el cuidado, alimentación, educación– hacen el tema de la maternidad por demás complejo para su abordaje, sobre todo si estas mujeres madres han sido o aún son usuarias problemáticas de drogas.

En las cárceles para mujeres es notoria la valoración y la idealización que se realiza sobre la maternidad en sentido amplio y especialmente en lo referido al binomio mujer madre-hijo/a. Este fenómeno se puede visualizar en la valoración social que se le da a la “buena madre” y el repudio que puede llegar fácilmente a la agresión que pesa sobre la “mala madre”.

El déficit en la implementación de servicios específicos de salud con un enfoque de género en los centros de privación de libertad para mujeres de alguna manera ha negado a las mujeres privadas de libertad el goce de oportunidades de acceso a una atención integral de su salud. Algunos factores que tienen que ver con la historia de vida de muchas de las mujeres que se encuentran privadas de su libertad y que a veces anteceden a la entrada en la prisión -como pueden ser el abuso de drogas, la violencia de género o la patología dual- pueden y deben ser atendidos en su especificidad.

El personal que trabaje con mujeres debe ser consciente de estas situaciones⁷⁴ y recibir capacitación específica para la función que cumple⁷⁵.

Este hecho ha sido reconocido por las Naciones Unidas que en 2010 aprobó una serie de directrices para el tratamiento de mujeres condenadas a penas privativas de la libertad (Reglas de Bangkok).

Generaciones

En esta perspectiva cabe distinguir principalmente la particular situación de adolescentes en condición de privación de libertad, y qué implica esta mirada para los equipos de salud responsables.

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia: el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, los malos hábitos

⁷⁴ En el Uruguay los técnicos de salud y del INR señalan que las mujeres tienen mucho menos apoyo familiar, está mucho más discriminado ser presa que ser preso, y hay gran porcentaje de mujeres privadas de libertad que no reciben visitas. Cabe señalar también las situaciones de dificultad que conlleva en muchos casos la convivencia con hijos pequeños, y situaciones en que los hijos son utilizados para conseguir beneficios.

⁷⁵ Coyle Andrew. Prisiones y prisioneros: una revisión desde los estándares internacionales de derechos humano. Anuario de derechos humanos 2012. Disponible en: <http://www.anuarioodh.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewFile/20550/21722>

alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

Esta etapa de la vida, los jóvenes generalmente sienten que deben satisfacer múltiples demandas (sociales, familiares, de sus propios impulsos, etc.) se generan grandes dudas, momentos de crisis expresados a través de conflictos personales y familiares, contradicciones, angustias, violencia y comportamientos autodestructivos que reflejan un gran sentimiento de dolor interno. Además, se le agrega la elaboración de pérdidas y duelos, proceso estructurante de la personalidad, en un aparato psíquico menos apto que el de un adulto. Todo ello demuestra una notoria vulnerabilidad y fragilidad durante la cual es esperable identificar fases de tristeza, que muchas veces pueden acompañarse de ideas de muerte.

La conducta durante la adolescencia juega un papel primordial en su salud, ya que los comportamientos de riesgo los predisponen a enfermedades, incapacidades y hasta la muerte. Un adolescente puede presentar una o varias conductas de riesgo conocidas (fumar, consumir drogas, provocar un accidente, adquirir o propagar enfermedades de transmisión sexual, delinquir, sufrir maltrato o usar la violencia, intentar suicidarse o llegar al suicidio).

En este contexto, la impulsividad es una característica de los adolescentes, donde estudios internacionales destacan, dentro de este comportamiento ciertas conductas que se han denominado “equivalente a suicidios o suicidios enmascarados”, caracterizadas por el desafiar la muerte quedando expuestos a muchos riesgos, entre ellas se destacan: sobredosis de drogas, picadas callejeras, conducir bajo efecto de sustancias legales e ilegales, involucrarse en episodios delictivos, etc.

Los sentimientos durante esta etapa del desarrollo están influenciados por las primeras experiencias con la madre u otras figuras que serán referentes posteriores. Es a través de esa relación que se da la estructuración de la personalidad que será capaz o no de sobrellevar las adversidades y/o frustraciones de acuerdo al grado de satisfacción o privación que se vivió en los primeros años de vida. Sin embargo, los factores que influyen el comportamiento del adolescente no se restringen solamente a lo mencionado anteriormente, sino que también deben tenerse en cuenta características biológicas, psicológica individuales, así como las familiares, de pares (grupos de pertenencia), sociales y culturales.

Estudios realizados en Chile arrojan una prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad entre 62 y 64%, ocupando los primeros lugares los trastornos de conducta y las patologías asociadas a consumo o abuso de sustancias. Dichos indicadores contrastan sensiblemente con los que presenta la población adolescente en general cercana al 18%. Esta realidad también se observa en la población adulta.

Este fenómeno encuentra usualmente sus razones explicativas en dos premisas bastante asentadas. La primera apunta a la relación existente entre la presencia de patologías mentales (o sintomatología expresiva de la misma) como factor de riesgo de la comisión de delitos; la segunda, a los efectos de la prisionización, en particular, en lo relativo al amplio y diversificado impacto que genera la incorporación en la forma de vida que se desarrolla al interior de la prisión. Existe además un tercer ámbito de vinculaciones que apunta a la mayor presencia de alteraciones y trastornos vinculados a la salud mental (que pueden devenir en sintomatología propia de una patología o detonarla directamente) durante el periodo de la adolescencia, a consecuencia de las características naturales que conlleva dicha etapa de la vida.

Según un estudio del Observatorio del Sistema Judicial para el año 2009, en Montevideo el 46,6% de los adolescentes infractores se encontraban conviviendo en hogares de tipo nuclear incompleto (monoparentales) y el 27,5% con familias nucleares completos, siendo que el 9,9% lo hacía en hogares de tipo extendido y 7,6% convivían con otros familiares. Otra característica que se destaca es que aquellos adolescentes que se encuentran bajo medidas del sistema penal juvenil son en su mayoría de clases sociales desfavorables, con escaso acceso a la educación, con problemas de salud y adicciones.

Desde Naciones Unidas se ha destacado que aquellos jóvenes con trastornos por consumo de drogas también presentan causas delictivas y en general tienen múltiples problemas socio-económicos/psicosociales/conductuales. Entre ellos se destacan escasa educación y apoyo familiar, problemas de violencia, etc. Sin embargo, la problemática del consumo de drogas por parte de los adolescentes no es un problema ni específico ni exclusivo de aquellos jóvenes involucrados en procesos penales.

De conformidad con el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Estado está obligado a garantizar los derechos fundamentales, y entre ellos “la conservación del vínculo con su familia (a través de visitas o correspondencia) y comunidad. Ello se debe a que las visitas son el vínculo con el mundo exterior y ayudan a “minimizan los daños que el encierro provoca en sus redes vinculares y de interacción”.

Según datos del Observatorio del Sistema Judicial (Lopez, Palummo, 2013) la mayoría de los adolescentes privados de libertad, en el año 2010, tenían entre 16 y 17 años, de los cuales el 68% del total eran de Montevideo, siguiendo en orden descendente Canelones (13%), Paysandú (6%) y Rivera (3%). Un 72% declaró haber estado institucionalizado en establecimientos del INAU y 66% tenía antecedentes de privación de libertad por la justicia penal juvenil. Dicho informe resalta que 64% de estos adolescentes consumían psicofármacos (clonazepam, diazepam, flunitrazepam, quetiapina, risperidona, profenamina, topiramato, etc.).

Unidad III.3 – Concepto de determinantes de la salud

Sobre la salud actúan diversos factores que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud⁷⁶ Estos son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Existe consenso en que el estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran.

Un modelo explicativo que mantiene vigencia es propuesto por Marc Lalonde en 1974⁷⁷, quien definió un marco conceptual comprehensivo para el análisis de la situación de salud y la

⁷⁶ Benia ,W.et.al ; Temas de Salud Pública 1.. Tomo Depto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Oficina del Libro FEFMUR. 2008.

⁷⁷ Se trataba de conocer los factores que influían en la salud con la intención de modificar los planes de actuación en función de estos determinantes El informe Lalonde ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. Constató que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determinaban realmente la salud de la población. La proporción de recursos públicos invertidos en los diferentes factores no se correspondía con la importancia de estos como generadores de problemas de salud. La inversión más importante se hacía en el Sistema Asistencial y en la Biología Humana. Este hecho provocó un replanteamiento en la distribución del gasto público de las diferentes políticas sanitarias.

gestión sanitaria. Se estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud de la población.

Bajo el modelo de Lalonde, el concepto de “campo de la salud”⁷⁸ define cuatro grandes categorías de factores que determinan la salud:

- **Biología humana:** carga genética, envejecimiento, inmunidad, enfermedades genéticas.
- **Medio ambiente:** físico, químico, biológico (agua, alimentos, contaminación del aire, ruidos molestos, basurales, vectores, etc.), social y cultural (pobreza, desempleo, nivel cultural, etc.)
- **Estilos de vida y conductas de salud:** hábitos dietéticos, sedentarismo, abuso de sustancias, conductas violentas, conductas sexuales irresponsables, actividades de riesgo, abuso de medicinas, etc.
- **Servicios de Salud:** calidad, disponibilidad, accesibilidad, tipo de servicios de salud, equidad y utilización de los mismos.

Lalonde destaca **la importancia de los tres primeros** en detrimento de los aspectos asistenciales como determinantes de la salud. Las acciones políticas deben dirigirse hacia los factores que incidan en la aparición de las enfermedades, potenciando la Promoción de la Salud.

El estilo de vida es el factor que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria. Es el conjunto de comportamientos que la persona pone en práctica de manera consistente y permanente en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o colocarlo en situación de riesgo para la enfermedad. Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituyen un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer.

La biología humana es el determinante que se refiere a la herencia genética y al envejecimiento y que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible. Los servicios de salud influyen en el logro de la salud menos que el estilo de vida, sin embargo, como determinante de salud es el que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población.

El medio ambiente refiere a la contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio, pero también al ambiente psicosocial y sociocultural. La importancia del medio ambiente es fundamental como determinante de la salud, ya que los factores mencionados son, en la mayoría de los casos, abordables desde acciones locales.

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud, incluido el sistema de salud. Se

⁷⁸ Con el modelo de los Campos de la Salud se pone de manifiesto que la forma como se organizan o se dejan de organizar los sistemas de salud es, en sí misma, un elemento clave para la presencia o ausencia de enfermedad en la población, que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población y que los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social

refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. La salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir.

Si se promueven condiciones sociales favorables a una vida saludable, se podrían prevenir muchos daños a la salud de las personas. La atención médica puede prolongar la supervivencia después de algunas enfermedades graves, pero son las condiciones sociales las que dan lugar o no a una salud más pobre. Un entorno material perjudicial y un comportamiento malsano tienen efectos dañinos directos sobre la salud. Los estados continuos de ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y falta de control sobre su vida, tienen efectos poderosos en la salud. Tales riesgos psicosociales se acumulan durante toda la vida de las personas y aumentan la probabilidad de salud mental deficiente y muerte prematura. Los periodos prolongados de ansiedad e inseguridad y la falta de relaciones de apoyo son perjudiciales en cualquier área de la vida en la que surjan⁷⁹.

Se puede afirmar que los determinantes de la salud constituyen un amplio espectro que abarca “desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones y en las cuales se produce el fenómeno salud-enfermedad”⁸⁰.

Unidad III.4 - Vulnerabilidad

Las prisiones son cajas de resonancia que amplifican los problemas de salud de los colectivos más desfavorecidos⁸¹. Las personas privadas de la libertad poseen los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellos que no lo están, pero además estos factores se ven incrementados por el contexto de encierro y la falta de libertad.

Se trata de una población particularmente vulnerable, con una mayor probabilidad de desarrollar eventos dañinos para la salud, especialmente los adolescentes privados de libertad quienes se encuentran construyendo su personalidad, identidad y rol en la sociedad,⁸² en quienes la privación de libertad lleva a un distanciamiento de la red social y familiar, cambios en el estilo y ritmo de vida, y la inmersión en un entorno cultural, social y arquitectónico desconocido, que han de llevar a cabo un proceso adaptativo a una nueva realidad que tiene potencial suficiente para ser un evento estresante, que impacte en la salud mental, constituyéndose en un mayor daño a la salud si el entorno no es favorable⁸³.

⁷⁹ Wilkinson, R. G. y Marmot, M. (Eds.). 2006. Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

⁸⁰ Organización Panamericana de la Salud, "Introducción a la Epidemiología Social" en Boletín Epidemiológico vol. 23, núm. 1, OPS-OMS, Washington, marzo de 2002. Disponible en www.paho.org/spanish/sha/EB_v23n1.pdf

⁸¹ Vicente Martín. "Las prisiones y la Salud Pública": diario El País, Madrid, 8 de junio de 2004. El autor es presidente de la Asociación Española de Sanidad Penitenciaria.

⁸² Prato Juan Andrés, Espejo Nicolás, Valdivieso María Jesús, Aguirre Constanza, González Matías. Salud Mental en Adolescentes Privados de Libertad: una deuda pendiente. Rev. méd. Chile . 2011 Jul . Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000700021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700021>.

⁸³ Alves, Carla; Vilariño, Manuel; Arce, Ramón. Salud Mental de Menores Infractores . Revista de Investigação Criminal - N.º 6. Lisboa. año 2013. Disponible en:

http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/uforense/descargas/Salud_mental_de_menores_infractores_xInvestigaxao_Criminalx_Alvesx_Vilariño_y_Arcex_2014.pdf

Con el crecimiento de la población penitenciaria, el número de PPL con necesidades especiales también sigue aumentando. Estos grupos incluyen a aquellos con necesidades especiales de atención a la salud mental, quienes son adictos a las drogas, los extranjeros, las minorías raciales y étnicas, aquellos con discapacidad, las personas LGBT entre otros.

La situación de salud es el producto de la convergencia de múltiples factores. El hacinamiento, estilos y condiciones de vida no saludables, y situaciones apremiantes relacionada con la salud mental (personalidades sicopáticas, depresión y tendencia al aislamiento, entre otros) y con la sexual y reproductiva (relaciones sin protección etc.) afectan la salud de las PPL y la relación con sus familiares.

La condición de pérdida de libertad afecta todos los ámbitos de la vida que exigen libre movilidad: alimentación, recreación, ejercicio físico, relaciones interpersonales y sexuales, entre otras. Todas éstas están regladas en el marco de la privación de libertad, no dependiendo de la voluntad de la persona sino de la oferta institucional. Su condición actual se analiza con mayor detalle en el próximo módulo.

La situación de encierro constituye un momento importante para tomar contacto con la población y trabajar aspectos vinculados a conductas o factores de riesgo, prevenir enfermedades o detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Desaprovechar esta ocasión supone una doble injusticia: la falta de equidad que supone que el sistema de salud haya sido incapaz de ofrecer una eficaz prevención y promoción de la salud a este colectivo, antes de su ingreso en prisión, se repite al negarle el acceso a una asistencia sanitaria integral, adecuada a sus necesidades, que la oportunidad del ingreso en prisión pone en sus manos.

El ingreso en prisión ofrece una oportunidad de mejorar el estado de salud de las PPL, o al menos de minimizar el riesgo de empeorarla. En muchos casos supone la primera toma de contacto con el sistema de salud y el acceso a conocimientos que le ayuden a proteger su salud.

Las prisiones deben ser lugares en los que existan programas integrales de actividades constructivas que ayuden a las PPL a mejorar su situación. Como mínimo, la experiencia de la prisión no debe dejarlas en una situación peor a la que estaban al comenzar su condena, sino que debe ayudarles a mantener y mejorar su salud y el funcionamiento intelectual y social (Andrew Coyle).

La inmensa mayoría de las personas recluidas se reintegran a la vida en comunidad, por consiguiente, cualquier enfermedad contraída en prisión o deterioro del estado de salud por las condiciones del encierro, cobran especial relevancia en el momento de la liberación. Esto refuerza la crucial relación entre la salud en centros de privación de libertad y la salud pública. Mejorar la situación sanitaria de estas personas y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundan no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto.

La adecuada prestación de salud, con su carácter integral de promoción, prevención y asistencia oportuna y de calidad, genera condiciones para superar algunas vulnerabilidades y mejorar la autoestima, necesaria para encarar proyectos de rehabilitación. Es necesario recordar los derechos de salud que las PPL tienen desde su ingreso a los establecimientos,⁸⁴

⁸⁴ Ministerio del Interior **Guía informativa para personas privadas de libertad**. Uruguay, año 2013. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/index.php/2013-06-17-14-41-56/2012-11-13-13-08-52/78-noticias/ultimas-noticias/1414-guia-informativa-para-personas-privadas-de-libertad>

aplicar enfoques de reducción de riesgos y daños siempre que sea posible, respetando las decisiones personales y apoyando las conductas de cuidado. Es fundamental conocer las condiciones de privación de libertad que vuelven más vulnerables a las personas en su tránsito de pérdida de libertad.

El equipo de salud que cumpla el rol garante de salud que establecen las Reglas Mandela debe abogar por la vigilancia de las condiciones de vida y del entorno para promover ambientes más saludables (en detalle en próximo módulo).

Cuadro 1: Normas internacionales claves en materia penitenciaria

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos: establecen orientaciones sobre los elementos más esenciales de un sistema penitenciario para que cumpla con los requisitos de los principios y buenas prácticas internacionalmente aceptadas. Cubren los temas de la administración penitenciaria, la dotación de personal, condiciones de las cárceles, los servicios de salud, actividades de la prisión, la preparación para el período de libertad y apoyo posterior a la liberación.

Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión: proporcionan pautas muy específicas para proteger los derechos de todas las personas detenidas y presas, en particular su derecho a ser informado de los cargos en su contra, el derecho a comunicarse con sus familias, el derecho al acceso inmediato a los abogados, el derecho a ser llevado sin demora ante una autoridad judicial, entre otros.

Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos: contienen 11 principios, que esclarecen o explican algunas de las normas básicas contenidas en las Reglas Mínimas, tales como la necesidad de respetar la diversidad cultural y religiosa, así como el derecho de los reclusos al acceso a la educación, actividades culturales, servicios de empleo remunerado y a la salud de acuerdo a los recursos disponibles en el país. También subrayan la necesidad de apoyo posterior a la liberación. El Principio 7 establece una sólida declaración sobre la necesidad de avanzar hacia la abolición de la incomunicación como castigo.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de libertad (Reglas de Tokio): establecen la importancia del desarrollo y aplicación de medidas alternativas al encarcelamiento y proporcionan una orientación sobre las sanciones y medidas no privativas de libertad, en todas las fases del proceso penal.

Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok): complementan los demás instrumentos mencionados anteriormente con vistas a satisfacer las necesidades específicas de las mujeres privadas de libertad.

Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas: establecen un conjunto de principios que consideran el contexto penitenciario del continente americano y que aspiran a transformarse en fuente de inspiración para la implementación de buenas prácticas en la región.

2. Distribución horaria

1 hora y 30 minutos	Unidad III.1 - Derechos humanos, derecho a la salud (incluye dinámica 40 minutos)
30 minutos	Unidad III.2 - Perspectiva de género y generaciones
30 minutos	Intervalo
45 minutos	Unidad III.3 - Concepto de determinantes (incluye dinámica 25 minutos)
20 minutos	Unidad III.4 -Vulnerabilidad

3. Propuesta de dinámica

- Al inicio de la Unidad III.1, agrupar en 4 grupos y distribuir las Reglas de Mandela, - previamente seleccionadas las vinculadas a salud - y pedir que lean y comenten en el grupo. – 10 minutos. En forma plenaria, un referente del grupo expone y comenta dichas reglas. 30 minutos
- Al inicio de la Unidad III.3, pasar video acerca de condiciones de privación de libertad, y pedir a los participantes que identifiquen cuales son los factores más importantes que visualizan. Tiempo máximo: 25 minutos.

4. Materiales

- Lista de presencias
- Guía docente módulo III
- Manual del participante (ya distribuido con antelación)
- Papelógrafo o pizarra, y dry pen
- Hojas / tarjetas (media hoja A4)
- Proyector, PC y pantalla

MÓDULO IV – SALUD, AMBIENTE Y PRIVACION DE LIBERTAD

Unidad IV.1- Condiciones de privación de libertad: encierro, alimentación, visitas, violencia.

Unidad IV.2 – Ambiente: entornos saludables y

Unidad IV.3 - Rol garante del equipo de salud

1. Reseña temática
2. Distribución horaria
3. Propuesta didáctica
4. Materiales necesarios

1. Reseña temática

Unidad IV.1: Condiciones de privación de libertad: encierro, alimentación, visitas, violencia.

Aspectos normativos y conceptuales

La internación en una institución cerrada implica una fuerte transformación del estilo de vida de las PPL, una drástica limitación de su libertad de acción, una amplia regulación externa de su propia vida.

La **pérdida de contacto con el exterior** acarrea un proceso de deterioro paulatino de las relaciones sociales del interno⁸⁵. La cárcel afecta drásticamente la composición familiar de la PPL e incluso puede generar su desintegración, como en el caso de madres encarceladas, en donde el núcleo familiar pierde su base afectiva, quedando los hijos en una crítica situación emocional, y en el caso de hombres encarcelados que desempeñan el rol de proveedores y/o jefes del hogar, generan en su núcleo familiar una desestabilización emocional y económica. También la ubicación del establecimiento influye en el detrimento de las relaciones familiares si es distante al lugar de residencia. En función de esto, los establecimientos penitenciarios suelen establecer regímenes de visita frecuentes y extendidos, en particular los de mediana seguridad, para posibilitar la continuidad de vínculos. Por esto es importante que el equipo de salud conozca en qué condición vincular se encuentra cada interno, si recibe visitas, su frecuencia. Tener presente como ya fue señalado, que en general las mujeres reciben menos apoyo externo que los varones.

También hay conflictos generados en las relaciones con sus parejas. Se observa que las mujeres acompañan con mayor constancia el tiempo de duración de condena del compañero afectivo encarcelado, en comparación con algunos hombres que no visitan y abandonan a sus compañeras detenidas; esto hace que los hogares de las reclusas sean más frágiles y tiendan a desintegrarse con mayor frecuencia.

En el contexto penitenciario **la visita íntima** se convierte en un pilar importante para la salud. La sexualidad responde al desarrollo integral del ser humano. El ejercicio de la sexualidad y la visita íntima deben ser incluidos como parte del derecho a la salud. El acceso al derecho a

⁸⁵ García-Borés, J. (2003), El impacto carcelario. En Bergalli, R. (Coord.), *Sistema Penal y Problemas Sociales* (pp.396-425). Valencia: Tirant lo Blanch Alternativa. Disponible en : www.ub.edu/penal/libro/garcia-bores.rtf

visita íntima en el caso de las mujeres, así como de los varones privados de libertad, les habilita la oportunidad de ejercer no sólo sus derechos sexuales, sino también sus derechos reproductivos. Se da dentro de un marco normativo nacional e internacional que tutela el derecho a la vida privada de las PPL y el derecho a la salud y a la sexualidad, y en la aspiración de que la privación de libertad no resulte en restricción de derechos fundamentales consagrados por los distintos instrumentos internacionales de protección y promoción de los derechos humanos de las PPL⁸⁶.

Las facilitaciones de visitas íntimas en espacios adecuados probablemente disminuyan otras prácticas sexuales que se dan en el marco de otras modalidades de visitas y que, posiblemente conllevan la falta de cuidados profilácticos, con más frecuencia que las visitas planificadas.

Existe explícita inclusión en la normativa nacional e internacional, de visitas entre personas del mismo o distinto sexo, para cualquier modalidad de visita íntima⁸⁷.

En la mayoría de los casos, las mujeres se encuentran privadas de libertad justamente durante su período reproductivo. La percepción de los equipos de salud da cuenta de que, a diferencia de lo que sucede con los hombres privados de libertad, las mujeres privadas de libertad muestran un abanico más amplio de motivaciones para solicitar la visita íntima. Éste incluye el legítimo deseo sexual, el re-encuentro con la persona querida o con quien sostenían una relación de pareja anterior, seguir perteneciendo a la familia, el inicio de una relación de pareja, embarazo, obtener satisfacción a sus necesidades de insumos varios, obtener beneficios económicos para el sustento de hijos fuera del establecimiento (ej: paga de alguna modalidad habitacional, alimentos, vestimenta, etc.).

El acceso a **servicios de higiene**, y el mantenimiento de buenos niveles de higiene son componentes esenciales de un ambiente humano saludable. La adecuada higiene personal con la disponibilidad de artículos de higiene básicos es un factor de protección de la salud e importante principio de convivencia en ambientes cerrados, así como también la necesaria higiene en las vestimentas, ropas de cama y espacios de convivencia.

La necesidad de mantener la higiene personal en las personas privadas de libertad está establecida en Reglas Mínimas universalmente reconocidas para la privación de libertad de presos

Al ingreso en los establecimientos de internación, adultos y adolescentes, varones y mujeres, deben recibir instrucción acerca de sus obligaciones y derechos, según se establece en las Normas Mínimas, entre los que figura la importancia del cuidado de la higiene. La autoridad penitenciaria debe asegurar que toda PPL cuente con insumos básicos para su higiene al ingreso, y proveer su reposición periódica, en especial a quienes no cuentan con apoyo externo⁸⁸.

⁸⁶ La **Resolución 119/08** de la Dirección Nacional de Cárceles reglamenta la visita íntima considerando el derecho a mantener y fortalecer el vínculo afectivo con la pareja y el derecho a la sexualidad y a la salud (art. 74: "se permitirá la visita íntima entre personas que no tengan otra intención que la de mantener relación sexual.")

⁸⁷ García-Borés, J. (2003), El impacto carcelario. En Bergalli, R. (Coord.), *Sistema Penal y Problemas Sociales* (pp.396-425). Valencia: Tirant lo Blanch Alternativa. Disponible en : www.ub.edu/penal/libro/garcia-bores.rtf

⁸⁸ Set básico de higiene establecido en el Plan de Promoción y Prevención, integrante de la "Estrategia de Atención Integral a la salud en centros de privación de libertad"

Con respecto a la **alimentación**, la Regla Mandela 22 establece que todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas, así como tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite

Para que la alimentación permita la adopción de hábitos saludables y que beneficie el estado de salud de todas las PPL, tiene que incluir el asesoramiento de nutricionistas, la disponibilidad de alimentos con fibras de frutas y verduras sin importar la condición de salud, así como lácteos y alimentos que no sean ricos en grasas y azúcar, evitando o reduciendo el contenido de sal, respetando las dietas que se indiquen por patologías específicas. Es necesario que se cuide la higiene en la elaboración – orientación en manipulación de alimentos a quienes cocinan - y un adecuado almacenamiento de los productos.

La **condición de privación de libertad** en la mayoría de los establecimientos – de mediana y alta seguridad - obliga a horas de inactividad que son perjudiciales para el bienestar físico, anímico y espiritual.

La actividad física apropiada y regular es un componente importante en la prevención de enfermedades crónicas, unida a una alimentación saludable. Actúa favorablemente para evitar patologías, mejora la capacidad funcional y la salud mental, contribuye a reducir la violencia, y promueve la interacción e integración social.

Al respecto la **Regla Mandela Nº 23** recomienda el ejercicio físico:

1. Todo recluso que no desempeñe un trabajo al aire libre dispondrá, si las condiciones meteorológicas lo permiten, de al menos una hora al día de ejercicio físico adecuado al aire libre.
2. Los PPL jóvenes, y otros cuya edad y condición física lo permitan, recibirán durante el período reservado al ejercicio una educación física y recreativa. Para ello se pondrán a su disposición el espacio, las instalaciones y el equipo necesarios

En relación con las situaciones de **violencia**, vale señalar la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.

En el "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud" de 2003⁸⁹, la OMS propone trabajar con lo que llama *modelo ecológico*, que considera las diversas situaciones de violencia.

El modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

⁸⁹ Disponible en :http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

Se divide en cuatro niveles



- Un primer nivel vinculado a factores biológicos y de la historia personal: características personales (edad, género), sociodemográficas (educación, nivel económico), trastornos mentales, de personalidad, consumo de tóxicos y antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato, existen factores individuales que modulan los comportamientos violentos.
- El segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con familia, amigos, pareja, compañeros.
- El tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales. Las instituciones penitenciarias se ubicarían en este nivel. Indudablemente los factores sociales pueden jugar un papel modulador en el desarrollo humano y en la facilitación o inhibición de las manifestaciones violentas.
- El cuarto nivel se definen los factores de carácter general relativos a la estructura de la comunidad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o inhibe la violencia. Ejemplos de este nivel serían la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales.

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo por lo que algunas personas en riesgo en cuanto a la violencia experimentan varios tipos de violencia.

En el sistema penitenciario, las PPL alojadas allí están contra su voluntad, por lo general son desconocidas entre sí, muchas veces enemigas, y han sido privadas de libertad por una condena penal o porque están imputadas de la comisión de delitos, en muchos casos cometidos con violencia. Se trata de una población difícil, que se encuentra muchas veces en hacinamiento y en condiciones mucho más difíciles que las exigidas por la arquitectura para las personas en general. Según Goffman⁹⁰, las cárceles son el ejemplo de “institución total” por excelencia, en donde el hacinamiento y el reducido personal profesional actúan incrementando la violencia.

La manifestación más grave de la violencia ocasionada a nivel penitenciario son las tasas de suicidios y homicidios más altas que en la población en general.

En la internación de mujeres, con independencia del hecho delictivo cometido, arrastran frecuentemente un historial personal saturado de episodios de agresiones. La investigación con perspectiva de género sobre delincuencia, proveniente sobre todo de E.UU. y Europa, confirma que las mujeres difieren significativamente de los varones respecto a sus historias personales, en cómo se inician, en el tipo de delitos y en la trayectoria posterior. Al comparar las características de las mujeres delincuentes y las no delincuentes, se ha encontrado una alta prevalencia vital de maltrato en las primeras. El trato descalificante, los cacheos y requisas, la adjudicación de tareas, pueden ser, para alguien vulnerable, un nuevo ataque. La persona maltratada puede reaccionar de forma incomprensible para quien intenta ayudarla porque

⁹⁰ Goffman, Erving. "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.

ésta repite actuaciones que forman parte de las escenas de maltrato emocional y físico que ha sufrido y de las que es tan difícil hablar.

Además de los condicionantes personales que trae cada PPL, es importante señalar la violencia institucional presente en muchos establecimientos, en donde se naturaliza la práctica de penas corporales, bajo forma de ejercicios extenuantes, tareas degradantes⁹¹. Las situaciones de violencia no solo física sino también psicológica, no se dan solamente entre custodias y PPL, - si bien actualmente la política institucional promueve otra concepción de la custodia - sino que también se reproduce dentro de la población carcelaria. Se observan jerarquías de poder entre las PPL que se manifiestan en situaciones de violencia o abuso por parte de individuos o grupos de individuos sobre otros. Los “nuevos” siempre son sometidos a “prueba”, por los otras PPL, arrojando distintos resultados: si el nuevo es fuerte, puede que constituya su propia banda, y pasa a integrar la masa de los abusadores de débiles, o bien, que el nuevo sea débil, y deba buscar la protección de uno más fuerte, siendo sometido al abuso físico, mental, robos, etc., sin que haya en ocasiones interferencia alguna de esta violencia a partir de la autoridad penitenciaria.

La formación social de la prisión está formada por un sistema de relaciones de fuerza y de sentido entre grupos y clases⁹². Esta idea se percibe muy claramente en el funcionamiento de la sociedad carcelaria, y en particular en el seno del colectivo PPL. Allí se establecen diferencias entre débiles y fuertes, que reproducen las mismas relaciones de fuerza que entre guardias y presos. En otras palabras, la desigualdad que el preso siente en relación con el guardia, la reproduce, luego, dentro su grupo. Una sociedad en la que, supuestamente, todos los presos deberían ser tratados en igualdad de condiciones, se transforma así en un sistema de relaciones de fuerza, en la que los individuos más fuertes ejercen control sobre los más débiles, y estableciéndose como una sociedad de jerarquías de poder.

Condición actual de privación de libertad

El proceso de reforma del sistema penitenciario de adultos, y el sistema de penas socio-educativas con privación de libertad para adolescentes, debe superar aún múltiples escollos de tipo de infraestructura, de recursos humanos y materiales, y en particular, culturales, que hacen al cambio de postura del sistema en su conjunto y de todo el personal, promoviendo enfoques de derechos y de rehabilitación integral. Esto exige tiempos y presupuesto, por lo que los procesos son lentos, y según el perfil de la dirección y equipos de gestión de cada establecimiento, se instalan modalidades relacionales y de organización diferentes, que inciden en mayor o menor medida en ese proceso de cambio.

Señalamos en forma breve algunas **condiciones de privación de libertad** que viven las PPL al momento actual.⁹³

⁹¹ Cultura presidiaria: violencia en las cárceles de Argentina. Urricchio, Nicolás. Universidad de Palermo. Facultad de Diseño y Comunicación
“Según los sociólogos Oscar Castelnuovo y Ayelen Stroker, la regularidad y sistematicidad de las prácticas violentas institucionales por parte del personal penitenciario le imprimen a la cárcel el atributo de pena corporal. Se considera entonces el maltrato físico como castigo reflejado en el cuerpo del detenido/a, el cuerpo como medio y fin de aquellos ejercicios regulares y sistemáticos de soberanía, disciplina y control, que en tanto dispositivos desplegados y articulados se constituyen en estrategias de gobernabilidad en el marco de las relaciones sociales carcelarias”

⁹² Pierre Bourdieu. Autor que aporta al tema de la violencia el concepto de “**habitus**”, para designar el sistema estable de disposiciones que actúan en una sociedad, y que contribuyen a reproducir un orden social establecido, con todas sus desigualdades. Según él, la formación social estaría formada por un sistema de relaciones de fuerza y de sentido entre grupos y clases

⁹³ Estas condiciones de privación de libertad fueron relevadas en el proceso de Relevamiento de recursos y gestión de salud, según el formulario de relevamiento completado por todas las instituciones de internación de adultos y adolescentes en 2015 y las visitas realizadas, donde se aplicó una perspectiva de derechos y salud integral, buscando conocer aspectos de las condiciones de internación.

- En el caso de la alimentación, la dieta en los establecimientos de privación de libertad de adultos no está controlada por nutricionistas, y está confeccionada por PPL que en muchos casos no han recibido orientación suficiente. En general es deficitaria en variedad y nutrientes adecuados. Muchas PPL adultas logran cocinar su propia comida, o se apoyan en recursos aportados por la familia. De todos modos, y considerando que hay un porcentaje de PPL en condición de gran vulneración, que tampoco en su vida libre contaba con dietas suficientes, hay PPL que mejoran su alimentación en su período de detención.

A nivel del INISA – ex SIRPA - por el contrario, la alimentación de adolescentes se apoya en el consejo nutricional periódico y la vigilancia de la confección de alimentos por parte de licenciadas de nutrición, y el aporte dietario es muy adecuado en cantidad y calidad. Quienes confeccionan alimentos son funcionarios orientados periódicamente.

- La condición de encierro y falta de actividad física es una constante en general en los establecimientos penitenciarios de mediana y alta seguridad, por lo que las PPL pasan gran parte del día en el celdario, sin suficiente luz y ventilación en muchos casos. La salida a patio cubierto o descubierto es muy variable en frecuencia – a veces se reduce a una o dos veces por semana en establecimientos de alta seguridad – y la práctica de deportes aún no está suficientemente establecida.

En el caso de privación de libertad adolescente, esto tiene más variaciones según los centros, pero en general resta mucho por hacer en este plano.

- Con relación a la continuidad de los vínculos interpersonales, de tipo familiar y de amistad, hay diversos regímenes de visita según cada UI y centro de privación de libertad adolescente; en general el contacto con la familia en frecuencia y tiempo es bastante suficiente – de una a tres veces por semana, horarios variables, en general extensos.

- No es así en lo que refiere a la visita íntima, habiendo gran disparidad en los regímenes de visita conyugal (desde una vez por semana a una por mes).

Con relación a la situación de los adolescentes, no está establecido aún un régimen de visita conyugal ni siquiera para quienes tienen pareja estable.

- La continuidad del estudio, se trate de estudios formales – escolares o liceales – o informales (talleres, orientaciones diversas) se ha venido instituyendo en ambos Institutos de adultos y adolescentes, y en algunos centros se cuenta con algunos apoyos – en general restringidos - de talleres diversos, producto en general de apoyos solidarios.

Todas estas condiciones descritas intervienen de un modo u otro en la salud de las PPL, y deben ser conocidas por el personal de salud, para abogar ante la autoridad penitenciaria ajustes posibles que mejoren la incidencia en el bienestar general. A esto refiere el rol garante de los equipos de salud (Regla 35 de Mandela, ver abajo).

Unidad IV.2 Ambiente: entornos saludables

Entre los problemas que vulneran los derechos humanos en las cárceles se encuentran los de carácter ambiental, que generan impactos al entorno y afectan sustancialmente las condiciones de vida de internos y de trabajadores. A la condición de salud propia de las PPL hay que agregar en muchas ocasiones los efectos de un entorno no saludable de un establecimiento penitenciario que repercute también en la población próxima.

La salud y el medio ambiente están íntimamente relacionados. El término medio ambiente se refiere a todos los aspectos del entorno. Es el sistema de elementos físicos, biológicos y sociales con los que interactúan las personas para adaptarse a él, para transformarlo y utilizarlo para satisfacer sus necesidades. El concepto de salud compromete muchos factores, desde un ecosistema equilibrado hasta formas de organización social, que favorecen o se convierten en riesgo para la salud humana.

La medicina en los últimos años ha centrado su mirada en los hábitos y en el entorno de las personas, y ha señalado la importancia que tienen la educación y la promoción de la salud. En consonancia, la Conferencia de Ottawa insiste en la reorientación de los equipos de salud incorporando estas prácticas. Esto adquiere especial jerarquía hacia la salud en centros de privación de libertad, con las responsabilidades particulares que tienen los equipos de salud en la promoción de salud y la vigilancia de salud de las personas y el entorno.

El derecho a un medio ambiente sano es de naturaleza colectiva, se vincula con derechos fundamentales individuales, como los de la vida o integridad física, y la salud. Un medio ambiente sano favorece la salud mental, así como la limpieza y el orden sirve de estímulo para una mejor calidad de vida.

Entre los problemas que vulneran los derechos humanos en las cárceles se encuentran los de carácter ambiental, que generan impactos al entorno y afectan sustancialmente las condiciones de vida de los internos, y también de los operadores y trabajadores todos.

Uruguay presenta una tasa de prisionización de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubica en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008), El Salvador y Panamá.⁹⁴ La principal consecuencia del crecimiento de las tasas de encierro es el hacinamiento⁹⁵ que experimentan los centros penitenciarios de todo el mundo, especialmente en la región latinoamericana. La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay asciende a unas 10.100 personas, adultos dependientes del INR y adolescentes del INISA. La reforma de las infraestructuras que mejoren la condición de hacinamiento es un proceso lento en curso, una de las prioridades de las autoridades del sistema penitenciario actual.

La falta de espacio y de alimentación adecuada, de agua potable, el saneamiento deficiente, la falta de luz natural y aire fresco son rasgos característicos de muchas prisiones en todo el

⁹⁴ Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde las cifras se ubican entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes.

⁹⁵ Definiciones tomadas de: Carranza, Elías. Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer?, Anuario Derechos Humanos.2012 Pág. 31-66. Disponible en: <http://www.anuariodh.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewFile/20551/21723>

- **Sobrepoblación penitenciaria:** Es la situación en que la densidad penitenciaria es mayor que 100. Hay más personas presas que la capacidad establecida para una prisión o para la totalidad del sistema;
- **Densidad penitenciaria:** Es la relación numérica entre la capacidad de una prisión o de un sistema penitenciario y el número de personas alojadas en él, que resulta de la fórmula: número de personas alojadas/número de cupos disponibles x 100
- **Sobrepoblación crítica:** Es la situación en que la densidad penitenciaria es igual a 120 o más.
- **Hacinamiento:** sinónimo de sobrepoblación crítica.

mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado programas basados en entornos saludables en donde incluye a las prisiones. El programa “cárcel saludable” tiene como principio básico el desarrollo de un entorno saludable que mejore las condiciones de salud contemplando los derechos humanos éticos y legales de los internos alojados y del personal penitenciario⁹⁶.

El efecto del entorno no saludable en un establecimiento penitenciario se extiende más allá de los límites carcelarios, repercutiendo también en la población próxima: roedores, insectos, aguas servidas, etc.

Unidad IV.3 Rol garante del equipo de salud

Las personas que ingresan al Sistema Penitenciario deben pasar una parte de su vida en situación de privación de libertad, por uno o varios períodos que varían en un rango muy amplio de tiempo, con penas a cumplir que van desde algunos meses a más de 20 años. Es una circunstancia particular en el ciclo de vida de una persona. Sanar y transformar las condiciones de salud de las personas sin pensar en el ambiente en que éstas se viven, tiene un impacto bajo y es insuficiente para mejorar la salud.

En establecimientos penitenciarios donde regularmente los espacios son reducidos, con niveles de limpieza no óptimos por la densidad poblacional, se afectan las condiciones de vida de todas las personas vinculadas a las UIPP. La gran mayoría de los problemas de salud de las PPL – y en muchos casos de operadores y personal en general - tiene relación directa con las condiciones de vida y ambiente que prevalecen en los centros de privación de libertad.

El “modelo penitenciario de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas” hace mención de la obligación de la autoridad penitenciaria de velar por condiciones dignas de vida de las personas en privación de libertad, es decir por el acceso, en todo momento, al agua potable, a una alimentación adecuada y a un espacio para el descanso suficiente y adecuado, y con exposición diaria a la luz natural, ventilación y calefacción apropiadas. Además, las instalaciones deben tomar en cuenta las necesidades especiales de las personas enfermas, con discapacidad, adolescentes, mujeres embarazadas, madres lactantes y adultos mayores entre otras, garantizando la privacidad y dignidad de las personas en privación de libertad.

Una importante particularidad que presenta la atención de salud en privación de libertad, es **la función de garantía del cumplimiento de derechos de salud en sentido amplio**, considerando sus condiciones de privación de libertad y del ambiente. Se requiere que el equipo de salud conozca la realidad individual de cada PPL, cuál es su condición de privación de libertad específica – cuándo sale a patio, si hace ejercicios, qué come, si lo visitan y quién lo apoya, si sufre violencia - , y que promueva sus capacidades de autocuidado. Esto requiere fomentar la escucha y el diálogo, en particular desde el médico de sector o área, generando empatía y confianza, de modo tal que siempre que los tiempos lo permitan, se realicen entrevistas motivacionales – consejos breves de promoción de salud, desde la realidad concreta de cada PPL.

Para el cumplimiento de esta reorientación del equipo de salud, la historia clínica debe integrar los datos de las condiciones de privación de libertad y actualizarlos en forma

⁹⁶ Organización Panamericana de la Salud . *Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos*. Author, OPS. Publisher. 2003. Disponible en: <http://docslide.us/documents/carceles-saludables.html>

periódica, y éstos deben ser tenidos en cuenta para realizar diagnósticos y asesoramientos ⁹⁷ (Ver en Anexos el Formulario de Condiciones de Privación de libertad).

En este sentido, el personal de salud debe realizar inspecciones regulares y emitir informes y recomendaciones para mejorar las condiciones de estancia. Según establecen las Reglas Mandela, (**Regla Mandela N° 33**) el médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por determinadas condiciones de privación de libertad⁹⁸.

Regla Mandela N° 33

El médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su privación de libertad continuada o por determinadas condiciones de privación de libertad.

El asesoramiento del equipo de salud, en cumplimiento de su **rol garante de salud**, debe incorporar los siguientes aspectos, según la **Regla Mandela N° 35**:

Regla MANDELA N° 35

1. El médico o el organismo de salud pública competente hará inspecciones periódicas y asesorará al director del establecimiento penitenciario con respecto a:

- a) la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos;*
- b) la higiene y el aseo de las instalaciones y de los reclusos;*
- c) las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación;*
- d) la calidad y el aseo de la ropa y la cama de los reclusos;*
- e) la observancia de las reglas relativas a la educación física y la práctica deportiva cuando estas actividades no sean organizadas por personal especializado.*

2. El director del establecimiento penitenciario tendrá en cuenta el asesoramiento y los informes presentados conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 de esta regla y en la regla 33 y adoptará inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan los consejos y recomendaciones que consten en los informes.

Cuando esos consejos o recomendaciones no correspondan a su ámbito de competencia, o cuando no esté conforme con ellos, el director transmitirá inmediatamente a una autoridad superior su propio informe y los consejos o recomendaciones del médico o del organismo de salud pública competente.

Cabe señalar que la utilización de los servicios de salud en ámbito penitenciario está fuertemente asociada a las condiciones de privación de libertad: a mayor condición de

⁹⁷ Hacia este objetivo de anamnesis integral, el Plan de Promoción y Prevención producto del Proyecto "Justicia e Inclusión" proporciona un instrumento de apoyo, el formulario de Condiciones de privación de libertad, a ser completado por el medico de referencia y ser tenido en cuenta hacia el rol garante del equipo de salud. -

⁹⁸ La Estrategia definida por el Proyecto "Justicia e Inclusión", acordada con las autoridades penitenciarias, establece la necesidad de generar ámbitos de "gobernanza compartida" integrando a responsables de salud a los equipos de gestión del INR y UI, de forma que puedan cumplir su rol garante brindando información y opiniones acerca de daños a la salud por condiciones de privación de libertad y ambiente.

encierro y ocio, mayor es la demanda de servicios de salud. A mejores condiciones de respeto en las condiciones ambientales y de derechos (alimentación, visitas, actividades) los servicios de salud reciben menos demandas en tanto el bienestar del colectivo PPL mejora.

En cada establecimiento, todos los miembros del personal deben asegurar que los derechos de los internos sean cumplidos y contribuir a ello. Las administraciones penitenciarias son responsables de asegurarse de que toda persona que entre en una prisión –especialmente los internos, pero también el personal y los visitantes– no se exponga al riesgo de contagio. Por esto deben disponer de las condiciones que promuevan el bienestar tanto de las PPL como también de las personas que allí concurren y trabajan. Cualquier omisión en tal sentido puede implicar trasladar esos problemas sanitarios a toda la comunidad. Esto refuerza la crucial relación entre la salud en centros de privación de libertad y la salud pública.

Los instrumentos internacionales imponen a los miembros del personal médico penitenciario **la obligación especial de aplicar en todo momento sus conocimientos profesionales para inspeccionar y comunicar aquellas situaciones que pudieran afectar la salud e higiene de los internos**. Las condiciones de vulnerabilidad hacen que el equipo de salud del centro de detención sea el garante del derecho a la salud de las PPL, además de la prevención y tratamiento de las enfermedades.⁹⁹ Estas acciones son descritas en el Plan de Promoción y Prevención producto del Proyecto “Justicia e Inclusión”. En Anexos se presenta la **Planilla de Vigilancia ambiental**, propuesto en dicho Plan, en apoyo a esta función del equipo de salud.

Esta particular competencia de los equipos de salud penitenciarios determina que no solo es responsable por la atención de salud de calidad, con énfasis en la promoción y prevención, sino también por las condiciones de vida de las PPL en tanto entornos ambientales, condiciones higiénico dietéticas y de recreación, entre otros. El equipo de salud debe operar así como garante en el ejercicio de derechos a la salud y a condiciones de vida dignas, incluido el compromiso de hacer saber oportunamente las desviaciones a las autoridades competentes.

Esta función de garantía es contribuyente al enfoque promocional de salud y preventivo, ya que - a modo de ejemplo - no puede promoverse la mejora de hábitos alimentarios si la comida que se brinda es deficitaria. El rol garante está fuertemente asociado a la mirada de promoción de salud y prevención de enfermedades, que no debe ser exclusiva del equipo de salud, sino integrar la cultura de la institución penitenciaria y de cada establecimiento. Esta es una de las premisas del enfoque de “cárcel saludable”.

Vigilancia de la salud y del entorno

Otra de las funciones preventivas que integran el rol garante de salud, es la **función de vigilancia de la salud de las personas y del entorno**. En las comunidades cerradas, una situación emergente en términos de salud puede concretarse como una epidemia, sea un fenómeno infectocontagioso, de violencia, entre otras.

La **vigilancia de la salud** es un proceso esencial para asegurar la identificación de los eventos de salud más relevantes y desarrollar las acciones necesarias para su control. Incorpora los criterios ambientales, epidemiológicos, sociales y los factores de riesgo en la prestación de los

⁹⁹ Carranza, E. (2009). Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe. México: Siglo XXI Editores

servicios de salud. Se consideran **riesgos para la salud** aquellos eventos que anteceden el daño de la salud.

La vigilancia de salud es una herramienta clave para prevenir los brotes de enfermedades y desarrollar respuestas adecuadas cuando las enfermedades se empiezan a propagar. De ahí la necesidad de orientar en forma permanente a los trabajadores de salud, y también a operadores y autoridades, en acciones de vigilancia para que puedan identificar anticipadamente riesgos para la salud de la población.

Para reducir el impacto de situaciones emergentes, es preciso contar con sistemas de vigilancia, tanto de las personas como del entorno, que disparen alarmas ante la aparición de fenómenos de riesgo.

Para ello se requiere que el equipo de salud:

- conozca el perfil de la población bajo su cuidado, como situación de línea de base pasible de sufrir cambios a revisar,
- y que cumpla el rol garante de salud hacia el ambiente y la condición del encierro, como condicionante socio – ambientales que exigen vigilancia.

En Uruguay existe normativa específica ¹⁰⁰ para la vigilancia de enfermedades transmisibles o no, acontecimientos o circunstancias que puedan considerarse de riesgo para la salud de la población. Esta normativa obliga a comunicar las enfermedades y eventos sanitarios, y sanciona a las Instituciones y sujetos obligados a notificar, ¹⁰¹ ante su incumplimiento. Establece también los plazos para cada enfermedad o evento y los mecanismos para realizar la notificación.

Las enfermedades y eventos que se establecen para la vigilancia y notificación a las autoridades se presentan en el Anexo.

¹⁰⁰ "Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria", aprobado por el Decreto No. 64/004 de 18 de febrero de 2004; y actualización con el Decreto .41/012. Disponible en: <http://www.bse.com.uy/wps/wcm/connect/a85ced31-1385-49ba-9543-7e7c4f84984d/DECRETO41.012.pdf?MOD=AJPERES>

¹⁰¹ Están **obligados a notificar** los médicos, veterinarios y cualquier profesional de la salud, directores técnicos de hospitales o instituciones de asistencia públicos, privados o de cualquier otro tipo, o quien oficie con tal función, como encargado del establecimiento. Responsables de internados, comunidades, mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior, entre otras personas. También podrá notificar una enfermedad o evento cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública.

2. Distribución horaria

2 horas	Unidad IV 1 - Condiciones de internación: encierro, alimentación, visitas, violencia. (incluye dinámica – 60 minutos)
20 minutos	Intervalo
1 hora	Unidad IV.2 - entornos saludables y rol garante del equipo de salud (incluye dinámica)
20 minutos	Unidad IV.3 Equipos orientados a la promoción de salud

3. Propuesta didáctica

La exposición temática podrá ser realizada por el equipo docente, y podrá contarse con algún referente de los equipos de salud o autoridad de equipo de gestión de UI para brindar información actualizada relativa a las condiciones de privación de libertad.

Podrá apoyarse con proyecciones incluyendo fotos de establecimientos, videos de establecimientos más saludables.

Con relación a la propuesta participativa, se propone:

- Unidad IV -1: al inicio del taller, en forma previa a la exposición, formar 3 o 4 grupos de 6-7 personas de distintos establecimientos, y establecer la consigna de diálogo acerca del conocimiento que tienen de las condiciones de privación de libertad, según las categorías: encierro, alimentación, visitas, violencia. Tiempo de trabajo grupal: 30 minutos.
Al finalizar, un exponente de cada grupo presenta una síntesis de la situación relevada por el grupo (10 minutos cada uno).
La exposición de la Unidad temática tendrá en cuenta las situaciones relevadas, y hará énfasis si existe falta de conocimiento de las mismas. Tiempo total: 60 minutos.
- Al inicio de la Unidad IV – 2 pasar video sobre establecimientos de internación y proponer que los participantes apoyen con lluvia de ideas las principales preocupaciones que visualizaron con relación al ambiente. Anotar en pizarra o papelógrafo. Tiempo máximo: 30 minutos

4. Materiales requeridos

- Hojas en blanco
- Pizarra o papelógrafo / dry pen
- Proyector, PC y pantalla

MÓDULO V – PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

Unidad V.1 Importancia y abordaje general del uso de protocolos

Unidad V.2 Aspectos de relevancia en los Protocolos de salud en centros de privación de libertad

Unidad V.3 Desarrollo particular de los Protocolos de Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) y de Salud Sexual y Reproductiva

1. Reseña temática del módulo
2. Distribución horaria
3. Propuesta didáctica
4. Materiales necesarios

1. Reseña temática

Unidad V.1 Importancia y abordaje general de uso de los protocolos.

Un protocolo puede ser definido como un **documento** de acuerdo entre profesionales expertos en un tema particular, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación. La edición de protocolos asistenciales es una función inherente a la salud pública, - en este caso la salud en centros de privación de libertad como integrante de la salud pública – en aras de mejorar la calidad de la atención.

En este caso, se trata de **sistematizar las acciones de salud** a aplicar a adolescentes de ambos sexos ingresados en los Centros de internación provisoria por Medidas Cautelares de SIRPA, y a adultos varones y mujeres ingresados al Sistema Penitenciario en Montevideo y en el interior del país.

Se buscar asegurar la **atención integral** de salud de las PPL, en base a la sistematización de acciones promocionales en salud, actividades preventivas y prácticas asistenciales incluyendo la terapéutica, en base a la perspectiva de derechos de salud, de género y generaciones.

Sus propósitos principales son brindar a adultos y adolescentes privados de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud **diferentes herramientas que ayuden a tomar decisiones en momentos de incertidumbre**, contribuyan a **normalizar la práctica disminuyendo la variabilidad de las intervenciones**, y sean **fuentes de información** facilitando el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

El protocolo es un **documento dinámico** que necesita ser revisado periódicamente, que nace del acuerdo entre expertos y que debe incorporar, siempre que sea posible, el mejor conocimiento sistematizado y disponible en la materia.

Los Protocolos de Atención para PPL adultos y adolescentes, productos del Proyecto “Justicia e Inclusión - Sector de Intervención Salud en centros de privación de libertad” se diseñaron con la participación de referentes técnicos de los subsistemas de salud en centros de privación de libertad (ASSE, SDNSP, INISA), con técnicos del MSP, de la UdelaR y de la OPS. Fueron evaluados por las autoridades de los subsistemas y del INR e INISA, de quienes se recibieron comentarios para ajuste e inclusión.

Se prevé que los mismos sean aplicados por los equipos de salud de ASSE, SDNSP e INISA en todo el país en forma sistemática, de forma tal que se logre una calidad homogénea de

atención. Cada equipo de salud en centros de privación de libertad debe contar con un set de los mismos, y solicitar a sus referentes en caso de falta, ya que deben ser documentos de consulta frecuente.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

1.a	Protocolo de Atención INGRESO de ADOLESCENTES al Sistema de Medidas Cautelares privativas de libertad
1.b	Protocolo de Atención de ADULTOS en el INGRESO al Sistema Penitenciario
2	Protocolo de Atención de TUBERCULOSIS en CENTROS DE PRIVACION DE LIBERTAD
3	Protocolo de Atención de VIH en CENTROS DE PRIVACION DE LIBERTAD
4	Protocolo de Atención a la CONDUCTA SUICIDA y al RIESGO DE AUTOELIMINACION en Centros de Privación de libertad
5	Protocolo de Atención en SALUD BUCAL en Centros de Privación de libertad
6	Protocolo de Atención en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en Centros de Privación de libertad
7	Protocolo de ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES en Centros de Privación de libertad

Unidad V.2 - Aspectos de relevancia en los Protocolos de salud en centros de privación de libertad

1-PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL INGRESO a CENTROS DE PRIVACION DE LIBERTAD

El principio N° 24¹⁰² del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, así como las Reglas de Bangkok¹⁰³ establecen que es indispensable que toda PPL sea sometida a un examen médico apropiado e

¹⁰² ONU. Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión. 1988 Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx>

¹⁰³) **Reglas de Bangkok** Reconocimiento médico al ingresar Regla 6

El reconocimiento médico de las reclusas comprenderá un examen exhaustivo a fin de determinar sus necesidades básicas de atención de salud, así como determinar:

- a) La presencia de enfermedades de transmisión sexual o de transmisión sanguínea y, en función de los factores de riesgo, se podrá ofrecer también a las reclusas que se sometan a la prueba del VIH, impartándose orientación previa y posterior;
- b) Las necesidades de atención de salud mental, incluidos el trastorno postraumático del estrés y el riesgo de suicidio o de lesiones autoinfligidas;
- c) El historial de salud reproductiva de la reclusa, incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos;
- d) La presencia de problemas de toxicomanía;
- e) Abuso sexual y otras formas de violencia que se hayan sufrido antes del ingreso.

individual en el momento de su ingreso en prisión. Esto reviste especial importancia dado que permite garantizar que los presos comiencen a recibir el tratamiento adecuado de manera inmediata, pero también resulta fundamental para descubrir cualquier indicio de malos tratos en detención o custodia previa de la PPL.

Esta evaluación al ingreso se viene implementando en INISA al ingreso de adolescentes a la unidad de Medidas Cautelares; también se implementa en ASSE en el ingreso de varones en Cárcel Central en forma sistemática, y en la Unidad N° 5 Femenino y Molino, para el ingreso de mujeres.

Y a nivel de la SDNSP, en cárceles del interior también se promueve el examen al ingreso, en ocasiones con dificultades por la escasez relativa de recursos.

La evaluación al ingreso constituye un importante pilar de actividad preventiva que permite conocer la situación de salud al ingreso al sistema penitenciario, definir en forma oportuna aspectos preventivos y terapéuticos, y debe ser tomada en cuenta por la autoridad penitenciaria para definir la ubicación de la persona en cuestión. Esta acción integra uno de las actividades del Plan de Promoción y Prevención 2016 - 2020¹⁰⁴. Su realización debe ser precedida de la explicitación ante la persona que al entrar al establecimiento de privación de libertad no pierde el derecho a la salud, y que ese examen inicial permitirá ayudarlo mejor en su tránsito de internación. Debe buscarse su conformidad explícita, para que apoye la anamnesis y ubique a los técnicos de salud como custodios de su derecho de atención. Se realizará en forma coordinada, solicitando la higiene previa.

Interesa destacar la importancia del adecuado llenado de la historia clínica del ingreso, y su consiguiente traslado en oportunidad de la conducción de la PPL a su destino de privación de libertad. **Este documento debe acompañar a la PPL al igual que el traslado de su legajo, bajo las mismas normas de confidencialidad¹⁰⁵.**

Cabe aclarar que no debe confundirse esta evaluación relativamente integral con la obligada evaluación de lesiones que realizan los equipos ante cualquier traslado. No está de más señalar que la evaluación al ingreso, como toda consulta de salud, debe ser cumplida en condiciones de confidencialidad, sin esposas ni grilletes, en clima de respeto, y sobre todo en adolescentes, se podrá solicitar la presencia de otro integrante del equipo de salud, un educador, coordinador, o personal de dirección en caso de realizar una maniobra o examen, de común acuerdo con el/la joven.

Esta actividad debe **complementarse con el avance aún pendiente del sistema de información electrónico**, de forma que los datos recogidos en esta evaluación inicial conformen un *<diagnóstico de situación de salud al ingreso al sistema penitenciario>*, y permitan conocer la tendencia de los principales problemas de salud al ingreso, dato de mucho interés para definir recursos y acciones.

Interesa en particular señalar la importancia de la oportuna inmunización a toda PPL que ingresa, a sabiendas del particular peligro que representan estas comunidades cerradas con

¹⁰⁴ **Plan de Promoción y Prevención 2016 – 2020:** producto del Proyecto “Justicia e Inclusión – Sector de intervención Salud en centros de privación de libertad”. Tiene 2 ejes de acción principales: el eje de prevención y promoción y de salud, y el vigilancia de la salud de personas y del entorno. La actividad <Evaluación al ingreso> deberá ser evaluada en su realización sistemática no bien se instale un sistema de información electrónico, que también permitirá ingresar los datos positivos de las principales variables, para conocer la situación de salud de las PPL a su ingreso al sistema penitenciario.

¹⁰⁵ En la actualidad, si la PPL se traslada a UI del interior, y la historia clínica no llega, se reiteran evaluaciones médicas y paraclínicas innecesarias

factores de riesgo agregados, (tatuajes, relaciones sexuales sin protección, cortes, etc) en población con débiles conductas previas de inmunización.

1.a - PROTOCOLO DE ATENCIÓN de ADOLESCENTES A SU INGRESO al Sistema de Medidas Cautelares privativas de libertad

El Protocolo de atención de ingreso de adolescentes de ambos sexos al sistema de medidas cautelares privativas de libertad va dirigido a la orientación del equipo de salud integral actuante en el Centro de ingreso a medidas cautelares (CIEDD de INISA), y al del CIAF (Centro de adolescentes mujeres).

La población destinataria de esta evaluación de salud son los adolescentes de ambos sexos que ingresan con medidas cautelares de privación de libertad al Centro de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de INISA, en caso de varones, y al CIAF de ser mujeres, al momento de su ingreso y durante el tiempo que se extienda dicha medida cautelar.¹⁰⁶

El diagnóstico y atención al ingreso se realizará en un plazo mínimo de 48 – 72 hs de la entrada del/la adolescente al centro de Medidas Cautelares, de preferencia en las primeras 24 hs., por parte del equipo de salud. Corresponde señalar que previo a la realización del mismo, se debe informar al adolescente de qué trata dicha evaluación, en qué consiste, y solicitar su consentimiento verbal.

El equipo responsable de salud del INISA es un equipo multidisciplinario integral, conformado por médico generalista, odontólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista y vacunadora.

A destacar:

Evaluación integral, orientada por los ítems de la historia clínica del adolescente (SIA) indagando todos los elementos contenidos en la misma:

- **evaluación médica mediante anamnesis y examen físico completo.**
- **examen odontológico**
- **evaluación sicosocial (incluye pesquisa de consumo de sustancias)**
- **evaluación nutricional por parte de nutricionista**
- **vacunación (puesta al día según Esquema vigente, incluyendo HPV)**
- **estudios de laboratorio (*hemograma, glicemia, HIV, VDRL, Hep B, funcional hepático, perfil tiroideo, baciloscopia y orina, más Beta HCG en mujeres y PAP en el curso de seguimiento.*)**

¹⁰⁶ A diferencia de los adultos que permanecen sólo 48 hs en Cárcel Central, los adolescentes en medidas cautelares pueden permanecer allí hasta 60 días, previamente a que el Juez dicte sentencia. Los adolescentes que ingresan a privación de libertad posteriormente, son todos penados.

1.b – PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ADULTOS A SU INGRESO al Sistema Penitenciario

La aplicación del Protocolo es de alcance nacional, en todas las unidades del INR.

Actualmente, el ingreso al sistema penitenciario de varones en el área metropolitana se realiza en Cárcel Central (UIDDZM), por un equipo integrado por un médico y una enfermera. Los ingresos de mujeres en el área metropolitana son evaluados por los equipos médicos de la Unidad N° 5 Femenino, y del Molino, con similar integración. Los ingresos en UI del interior del país son evaluados por los técnicos referentes en dichas unidades, dependientes de la SDNSP, contando con el apoyo de la red de ASSE.

En tanto no hay odontólogo en la UIDDZM, se plantea que se realice la evaluación cuando ingresen a su centro de internación: en breve examen el odontólogo definirá los pasos a seguir en función de la situación evaluada (Ver Protocolo de Salud Bucal).

La población destinataria está constituida por todas las personas adultas de ambos sexos que ingresan al Sistema Penitenciario. Tener en cuenta que como toda prestación de salud, debe informarse a la PPL en qué consiste esta evaluación de salud, y solicitar su consentimiento verbal.

No se considera “ Ingreso” el traslado entre las distintas UIPPL.

A destacar:

- Evaluación médica (en mujeres, historia obstétrica y posible evaluación de situaciones de abuso previas)
- Paraclínica (*baciloscopía + Test rápido de HIV y Lúes y consejería, + Beta HCG en mujeres, sobre todo por Triple viral*)
- Continuación de tratamientos previos o Tratamiento médico necesario
- Aislamiento de TBC
- Tratamiento siempre que Test de Sífilis sea positivo sin tener antecedente de la enfermedad
- Consulta con especialista si requiere -formulario de derivación
- Vacunación según esquema para PPL
- Screening para detectar consumo problemático de drogas (cuestionario ASSIST)
- Informe para Junta Nacional de traslados en formulario estandarizado.
- Evaluación por odontólogo cuando ingresa a la Unidad de destino

2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE TUBERCULOSIS en Centros de privación de libertad

Tiene como finalidad organizar, sistematizar y uniformizar la prevención y el tratamiento de los internos con Tuberculosis (TB) en todos los servicios de salud del Sistema Penitenciario y de Privación de Libertad del INISA.

Las poblaciones destinatarias son:

1. PPL que son evaluados en las unidades de ingreso al sistema penitenciario, o adolescentes que ingresan al INISA.
2. PPL que al realizarse estudios diagnósticos resultan positivos a TB, o PPL en los que ya se conoce su condición de enfermos de TB.
3. Personal que está en contacto directo con las PPL

A Destacar

1. PROCEDIMIENTOS vinculados al INGRESO

- ✓ Descartar enfermedad tuberculosa activa: Entrevista médica (examen clínico, check-list para grado de sospecha de TB) + paraclínica (baciloscopia + RX tórax para caso VIH) con consentimiento informado verbal.
- ✓ Envío a laboratorio de la CHLA-EP de la muestra, con **check-list si alta sospecha de TB** (prioritario)
- ✓ **En caso de PPL con tos y/o expectoración** tomar muestras de esputo en dos días sucesivos
- ✓ **En caso de PPL con VIH conocido** o diagnosticado al ingreso **agregar Rx tórax**
- ✓ **Resultado de baciloscopia proveniente de la CHLA-EP siempre en HC, (+) o (-)**
- ✓ En caso (+), comenzar tratamiento bajo supervisión de **la CHLA-EP, con TDO (tratamiento directamente observado)**
- ✓ **Derivación de las PPL con TB a un centro penitenciario con aislamiento adecuado** ante Sospecha de resistencia o resistencia comprobada, Co-infección por HIV y TB, o Suspensión de tratamiento por hepatitis tóxica
- ✓ **Especial atención** en: VIH, Diabetes mellitus, desnutrición, tratamiento prolongado con corticoides y otras drogas inmuno-supresoras, consumo de drogas ilícitas, tabaquismo, alcoholismo.

A Destacar

2. PROCEDIMIENTOS durante LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD

- ✓ **Tamizaje Periódico: Búsqueda activa entre la población de una UI.** evaluación sistemática y periódica para TB **de todas las PPL y personal de la UIPPL**, en coordinación con la CHLA – EP (clínica y baciloscopia). Periodicidad anual recomendada, mensual en casos de VIH, y cada y meses en población vulnerable. Podrá ser parte de una consulta programada con cierta periodicidad según los distintos grupos de PPL (VIH, inmunodepresión, o sin factores de riesgo).
- ✓ **Diagnostico Precoz:** Toda PPL o integrante del personal de una UI con síntomas respiratorios: consulta inmediata para evaluación clínica - paraclínica (baciloscopia – Rx tórax en caso de VIH)
- ✓ **Control de Contactos para** minimizar el riesgo de transmisión. Los contactos de caso índice con TB pulmonar diagnosticada bacteriológicamente, deben controlarse en tres oportunidades durante seis meses a partir del momento en que se realiza el diagnóstico que motiva la investigación: al inicio, a los tres y a los 6 meses.
- ✓ **Coordinar con CHLA-EP** para control de contactos del **enfermo**.
- ✓ **Paraclínica previo al inicio del tratamiento** antituberculoso.
- ✓ **Tratamiento:** El principal factor determinante del éxito del tratamiento antituberculoso es la adherencia al mismo. **Coordinado con** CHLA-EP de acuerdo a las Normas Nacionales de Tratamiento con supervisión estricta durante la totalidad de la duración del mismo, con participación activa de todo el equipo de salud
- ✓ **Tratamiento: Se distingue el de pacientes no tratados previamente, el de pacientes con tratamiento previo, y el tratamiento de la infección TB latente (ITL) o quimioprofilaxis**
- ✓ **Gestión de los Medicamentos.** tratamiento directamente observado (TDO) coordinando los recursos de la CHLA-EP
- ✓ **Dieta suplementaria, con** cuidado de higiene y conservación de alimentos.

3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE VIH en Centros de privación de libertad

Tiene como finalidad organizar, sistematizar y uniformizar la atención integral de las PPL en lo que respecta al VIH, organizando las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y continuidad de la atención.

Población destinataria

1. PPL adultas y adolescentes que ingresan a los centros de privación de libertad y tienen un diagnóstico reactivo de VIH.
2. PPL adultas y adolescentes que al ofrecerse la prueba de VIH resultan reactivos o PPL en los que ya se conoce su estado serológico

A Destacar:

1. PROCEDIMIENTOS en el PERIODO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

- ✓ **Entrega de kit sanitario mensual** (condones, además de otros insumos: cepillo y pasta dental, jabón, papel higiénico, y para mujeres agregar toallas higiénicas femeninas).
- ✓ **Actividades de promoción de salud y prevención de ITS** (talleres con material gráfico para internos y el personal penitenciario desarrollados por CEFOPEN y el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida del MSP).

Accesibilidad al diagnóstico.

- ✓ **Entrevista médica** al ingreso **con elaboración de Historia Clínica** (según Protocolo de ingreso).
- ✓ Al ingreso, ofrecimiento a la PPL de **realización de test rápido para VIH**, sífilis y VHC.
- ✓ **Realización de los test rápidos para detección de ITS con resultados en HC** (si es positivo, será realizada de preferencia por el especialista)
- ✓ **Derivación** a policlínica de adicciones o a policlínica de Psiquiatría si corresponde.

Tratamiento

- ✓ Indicado por médico infectólogo
- ✓ Registro en la historia clínica de la negativa a iniciar o continuar el tratamiento y de las estrategias abordadas.
- ✓ Inicio del TARV según: recuento de linfocitos CD4, carga viral, edad, embarazo, coinfecciones y comorbilidad asociada, eficacia, tolerabilidad y simplicidad. Ver en Protocolo "Consideraciones para regímenes de inicio de tratamiento".

Seguimiento paraclínicos con rutinas básicas dos veces al año si el paciente está estable. La carga viral y poblaciones linfocitarias deben solicitarse al menos dos veces al año. El seguimiento será realizado por el especialista 1 vez /mes, cada 3 o 6 meses según estadio clínico.

- ✓ **Pruebas de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento**
- ✓ **Vacunas recomendadas en adultos con VIH:** Antitetánica/antidiftérica, Anti-neumocócica, Anti H1N1 y Anti-Hepatitis A y B.
- ✓ **Gestión de los medicamentos:** Entrega mensual de medicación. Evaluar adherencia al tratamiento. (por médico general o de familia, por infectólogo en caso necesario)
- ✓ **Permitir a los usuarios llevar consigo la medicación y no interrumpir el tratamiento** (ej. situaciones de requisas)
- ✓ **Dieta suplementaria.** Adecuada higiene y conservación de alimentos.
- ✓ **Acceso a preservativos,** generando programas de acceso en todos los lugares de privación de libertad tanto para hombres como para mujeres, proporcionándolos gratuitamente (se sugiere la entrega de al menos 15 preservativos por persona y por mes y lubricantes a base de agua). Disponibles en visita íntima y también para el personal penitenciario.
- ✓ **Traslado:** se realiza con historia clínica en sobre cerrado junto con la Carpeta Procesal (garantizando la confidencialidad) y medicación necesaria para un mes de tratamiento. No se podrá trasladar ninguna PPL sin su HC

2. **PROCEDIMIENTOS referidos al PRE EGRESO:**

- ✓ **Actualizar** cada 2 meses **nómina de personas que viven con VIH** que están en las UIPPL e identificar a las PPL que están próximas a su liberación.
- ✓ **Entrega a la PPL de informe médico** y orientación para continuar tratamiento en libertad.
- ✓ **Derivación al Equipo de Salud para seguimientos territoriales.** Cita agendada y comunicada.
- ✓ **Apoyo a tramitación de canasta alimentaria** de INDA al egreso

4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA Y AL RIESGO DE AUTOELIMINACION en Centros de Privación de Libertad

Este protocolo debe ser aplicado por todos los integrantes de los equipos de salud que se encuentran trabajando en los UIPPL para adultos y los centros de adolescentes de ambos sexos. Algunos aspectos también son relevantes para ser tenidos en cuenta para los equipos de gestión y los operadores de las UIPPL.

Población destinataria: Personas privadas de libertad, adultos y adolescentes de ambos sexos que se encuentren en centros de privación de libertad.

1-Intervenciones sobre Factores de Riesgo y Factores de Protección para toda la población PPL

1. promover y atender problemas actuales de salud mental,
2. reducir el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas y otros problemas asociados a la conducta suicida,
3. evitar ubicar a las personas vulnerables en situación de aislamiento,
4. realizar tamizajes para detectar comportamientos suicidas actuales o pasados y
5. proporcionar condiciones ambientales e institucionales protectoras.

2- Aspectos Asistenciales

Al Ingreso: detección precoz -evaluación de riesgo suicida - ***y recomendaciones de intervención (lugar de traslado con mayor protección y acompañamiento, celda compartida)***

Instrumento a aplicar: **Lista de verificación (OMS, 2007)** como indicador de riesgo de suicidio

5 pasos para Evaluación y Triage, frente a comportamientos suicida o aumento de la ideación :

1. **Identifique Factores de Riesgo**
2. **Identifique Factores Protectores**
3. **Indague conducta suicida**
4. **Determine el Nivel de Riesgo/Intervención**

5. **Registre** (llenado de Ficha de Registro Obligatorio de IAE y notificación)En Historia clínica consignar el nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar/reducción del riesgo actual

Pesquisa periódica ante PPL con situación de riesgo, y en general, en toda consulta de control.

Tratamiento: Valoración integral con intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales.

Implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

Apoyo del entorno del paciente, de los operadores especialmente capacitados e involucrados en el acompañamiento de casos, de PPL acompañantes en apoyo, y de la institución en general.

En adolescentes, el plan de tratamiento debe incluir rol de los padres/cuidadores.

Asegurar consulta con psiquiatra que será quien defina medicación a administrar.

Gestión de medicamentos: TDO (tratamiento directamente observado)

Seguimiento y control de las PPL con conducta suicida o IAE para extremar y ordenar las medidas de seguridad y protección, ayudar al reconocimiento de nuevos signos y síntomas de riesgo, organizar la planificación de intervenciones y toma de decisiones.

(nivel de monitoreo acorde con el nivel de riesgo)

Las PPL que presentaron **alto riesgo suicida requieren supervisión constante** hasta que se considere que el nivel de riesgo se haya reducido drásticamente.

Las personas en riesgo **no deben ser dejadas solas**, - en particular de noche -. Se les debe observar **y proporcionar acompañamiento permanente. Y se debe cuidar un ambiente seguro** en el que se han eliminado o minimizado los elementos con los que se pueden ahorcar y el acceso no supervisado a materiales letales.

3.Intervenciones posteriores a un evento autodestructivo dirigidas a los sobrevivientes de

suicidio, (compañero de celda y/o población PPL general) con realización de talleres acerca del suicidio en general y en centros de privación de libertad, dónde se promueva la expresión de sentimientos y opiniones acerca del suceso.

5 . PROTOCLO DE ATENCIÓN DE SALUD BUCAL en Centros de Privación de libertad

Este protocolo debe ser aplicado por los *odontólogos y el equipo de salud que se encuentran trabajando en los UIPPL para adultos y en centros de privación de libertad de adolescentes, de ambos sexos.*

Las actividades preventivas también pueden corresponder para su aplicación a *operadores y PPL debidamente orientados.*

Población destinataria:

Personas privadas de libertad, *adultos y adolescentes, de ambos sexos* que se encuentren en centros de privación de libertad.

A Destacar:

1. Aspectos dirigidos a toda la población de PPL: vinculados a la promoción de salud y, prevención de enfermedad ,con el manejo de factores de riesgo y detección precoz.
2. Aspectos vinculados a la PPL con patología bucodental: vinculados al tratamiento y seguimiento de patología bucodental.

1. ATENCIÓN A PPL DONDE SE CUENTA CON ODONTÓLOGO EN LA UIPPL:

➤ **HACIA TODA LA POBLACIÓN DE PPL:**

- ✓ **evaluación al ingreso de la UIPPL con registro inicial** por parte de un odontólogo que determine criterios de riesgo y priorice posterior atención. (en el caso **de adolescentes**, la evaluación odontológica integra la evaluación integral inicial en el centro de medidas cautelares)
- ✓ la **entrega de cepillo y pasta** - set de higiene previsto, al ingreso y en tanto no tenga visitas al menos - , cartilla para promoción de hábitos saludables e instructivos para el cepillado.
- ✓ **Actividades de promoción de salud**
- ✓ **Consultas de control**

➤ **HACIA PPL QUE REQUIEREN ASISTENCIA: prestaciones asistenciales** de 1° nivel de atención

- ✓ **solución de un problema específico**, incluyendo extracción dental , rehabilitación dental y oclusal, rehabilitación periodontal y diagnóstico imagenológico
- ✓ **Atención de emergencia** en horario de atención. Disponer de odontólogos en carácter de retén o coordinados con la red asistencial fuera de horario asistencial.
- ✓ **Traslado** si excede la atención del 1° nivel, puede consultarse al **Centro de traumatismos de Facultad de Odontología**
- ✓ Rehabilitación dental **en el Laboratorio dental en Punta de Rieles**, en proceso de extensión.

2. ATENCIÓN A PPL DONDE NO SE CUENTA CON ODONTÓLOGO EN LA UIPPL

- resulta conveniente la concurrencia del profesional a la UIPPL o centro de privación de libertad de adolescentes, **y no el traslado de los pacientes.**
- completar los equipos de salud con higienistas dentales y asistentes dentales

Resolución de urgencias en odontología

- ✓ Derivar a hospitales que cuenten con odontólogos de retén
- ✓ En tanto no se resuelve esta situación, el **médico de guardia** se hará cargo de las situaciones de urgencia y emergencia y deberá hacer la derivación correspondiente. (ver Protocolo)
Se puede consultar al **Centro de traumatismos de Facultad de Odontología.**
Rehabilitación dental **en el Laboratorio dental en Punta de Rieles,**

En Anexos: Normas de atención para pacientes con enfermedades sistémicas relevantes: diabetes, VIH , hipertensión , cardiopatías, tuberculosis.

6. PROTOCOLO DE ATENCIÓN en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en Centros de Privación de Libertad

Este protocolo debe ser aplicado por todos los integrantes de los *equipos de salud*, que se encuentran trabajando en las UIPPL para **adultos y adolescentes de ambos sexos**.

Asimismo será conveniente que sea tenido en cuenta por los *responsables y equipos de gestión de las UIPPL*, y *respetado por operadores y educadores y funcionarios policiales*.

Población destinataria.

Personas privadas de libertad, adultos y adolescentes, de ambos sexos que se encuentren en centros de privación de libertad.

A destacar:

1. **Los aspectos dirigidos a toda la población de PPL:** vinculados a la promoción de salud, prevención de factores de riesgo y detección precoz de enfermedades.
2. **Los aspectos dirigidos a las PPL con patologías en la esfera sexual y reproductiva:** vinculados al tratamiento y seguimiento.

PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS UIPPL

1. El Ejercicio de la Sexualidad: parte del derecho a la salud. Asegurar las condiciones básicas para su realización en las UIPPL.

✓ La visita íntima en adultos

- ✓ **Igual frecuencia** en todos los establecimientos del territorio nacional.
- ✓ **No debe estar limitada al vínculo conyugal o concubinario** y se debería garantizar la libre elección.
- ✓ **Periodo de estadía lo más breve posible** en una UI para solicitar la visita íntima.
- ✓ Incluir progresivamente el uso de escáneres para evitar revisorías en los visitantes
- ✓ Disponer de espacios debidamente acondicionados en las UI para las visitas íntimas en número acorde a la población que aloje.
- ✓ Evitar toda forma de discriminación a las visitas homoafectivas en todo el personal penitenciario. (capacitación, sensibilización)
- ✓ Evitar que en el contexto de visitas íntimas se reproduzcan las relaciones asimétricas y abusivas en las que la vida de las mujeres privadas de libertad ha transcurrido.
- ✓ Fomentar los DDSSRR. (a través de la generación de promotores de SSR, y de espacios educativos, con participación de organizaciones de la sociedad civil, apoyo de las autoridades penitenciarias y de los equipos técnicos de los servicios de salud penitenciarios.)

✓ La visita íntima en adolescentes

- ✓ **Necesidad de revisar** la actual normativa altamente restrictiva **que inhabilita absolutamente las visitas íntimas en centros de privación de libertad de adolescentes.** Autorizarlas con criterio de autonomía progresiva.

2. Acceso a preservativos

- ✓ Garantizar el acceso a preservativos gratuitos masculinos y femeninos y lubricantes a base de agua en todos los lugares de privación de libertad en forma fácil y fuera de los sectores de sanidad sin que se tenga que solicitarlos expresamente, tanto para hombres como para mujeres.
- ✓ Proporcionar preservativos para las visitas íntimas.
- ✓ Mantener stock suficiente que permita la entrega de acuerdo a las necesidades: “inundar” la UI con preservativos con amplia disponibilidad para PPL y personal penitenciario.

PRESTACIONES ASISTENCIALES EN SS Y R

1. Anticoncepción.

- ✓ La libre elección del método es un DERECHO
- ✓ Libre opción en el acceso de la PPL a métodos anticonceptivos, de manera libre e informada, con consejería del equipo de salud para identificar necesidades anticonceptivas y evitar riesgos. Disposición de canasta amplia de MAC para las PPL mujeres, incluida anticoncepción de emergencia En PPL varones disponer de condón masculino, lubricantes. Posibilidad de vasectomía

2. Interrupción voluntaria del embarazo

- ✓ Acceso a los servicios de IVE y respeto de la PPL en todos los términos de su decisión.
- ✓ Debe de ser ciudadana uruguaya natural o legal, o extranjera residente en el país al menos por un año previo a la consulta, antes de las 12 sem. de gestación hasta 14 sem. por violación o sin límites en riesgo de salud o malformación fetal grave. Mujeres extranjeras con menos de un año de residencia, iniciar trámite ante juez para habilitar igualmente el proceso de IVE.

- ✓ Respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación. El personal de salud no deberá emitir juicios de valor.
 - ✓ Valorar las condiciones de seguridad y contención necesarias para la realización del aborto en el ambiente carcelario (desaprobación y/o amenazas por sus pares)
 - ✓ Garantizar la privacidad y confidencialidad. (Con identificación exclusiva por documento de identidad.)
- 3. Control del embarazo**
- ✓ Ofrecer a toda PPL mujer de **BHCG en sangre o en orina**, al ingreso y en retraso menstrual.
 - ✓ Diagnosticar precozmente el embarazo (antes de 12 semanas).
 - ✓ Control del mismo en la UI si hay recursos adecuados. Apertura de historia clínica, confección del registro del SIP y entrega del carnet obstétrico, paraclínica y controles según pauta y acciones de educación y promoción de salud.
- 4. Trabajo de parto y parto**
- ✓ Respetar la intimidad y permitir el acompañamiento por quien elija la mujer, sin personal de custodia en sala de parto, procurando la presencia del padre, aun tratándose de un hombre privado de libertad, contando con el apoyo de las parteras y doulas
- 5. Cáncer de Mama**
- ✓ Explorar antecedente familiares en anamnesis. Identificar factores de riesgo vinculados al tenor hormonal. Realizar examen clínico. Fomentar el autoexamen de las mamas.
 - ✓ Mamografía de tamizaje en las mujeres entre 50 y 69 años, frecuencia bianual si es normal..
 - ✓ Comunicar resultados a Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer
- 6. Cáncer de cuello de útero**
- ✓ Prevención: educación sexual y uso del preservativo, vacunas profilácticas en adolescentes.
 - ✓ Detección precoz: test de Papanicolaou a todas las mujeres entre los 21 y los 69 años: las 2 primeras citologías en forma anual; si normales, continuar cada 3 años. Con resultado anormal seguir pautas del MSP (2014)
- 7. Infecciones de transmisión sexual**
- ✓ Disponibilidad de test rápidos para la detección de **sífilis y tratamiento**. Atención a contactos.
 - ✓ Para abordaje específico del VIH en ámbitos de privación de libertad ver el Protocolo de Atención de VIH en el Sistema Penitenciario
- 8. Diversidad sexual**
- ✓ Generar las condiciones para que no sean motivo de discriminación. Ejercicio de diversas formas de sexualidad sin coerción ni violencia.
- 9. Violencia sexual**
- ✓ Aplicación del algoritmo (en anexo) si se constata situaciones de personas víctimas de relaciones sexuales forzadas en el ámbito penitenciario, adultos o adolescentes, con los ajustes pertinentes según la víctima sea varón o mujer
- 10. Explotación sexual**
- ✓ Prevenir situaciones de explotación sexual comercial o no comercial en privación de libertad.
 - ✓ Sensibilizar a operadores penitenciarios y equipos de salud para el registro de situaciones de riesgo que puedan generarse.

7. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

Población Destinataria. Personas privadas de libertad, *adultos y adolescentes, de ambos sexos* que se encuentren en centros de privación de libertad.

A destacar:

1. **Para toda la población de PPL:** Se tratan aspectos vinculados a la promoción de salud, manejo de factores de riesgo y detección precoz.
2. **Para PPL con diagnóstico de HTA y/o Diabetes:** aspectos vinculados al tratamiento y seguimiento de la patología.

Promoción de Salud vinculada a las ECNT

➤ **Para toda la población**

✓ **Intervenciones promocionales**

- **Incorporación de hábitos saludables**, rol del equipo de salud y operadores en promoción, con Educación para la salud con participación activa de la población privada de libertad.
- Actividades de educación grupal, trabajo en talleres y grupos de promoción de salud.
- **Alimentación con orientación de nutricionistas.** Consejo a las familias
- **Educación física**, promoción de actividades diarias.

✓ **Intervenciones preventivas**

- Identificación de **Factores de riesgo** para ECNT más prevalentes en consultas
- Intervenciones para modificar Factores de Riesgo y potenciar Factores de Protección (consejo breve, educación grupal)

ATENCIÓN A POBLACIÓN PPL CON HTA

- ✓ Detección precoz de HTA con presión arterial superiores a 140/90, **independientemente del motivo de consulta. (acción de pesquisa en consultas)**
- ✓ Jerarquización en HC de cifras de HTA elevadas con o sin antecedente
- ✓ Valoración de patologías asociadas y estratificación del riesgo cardiovascular en HTA
- ✓ Tratamiento y valoración de respuesta
- ✓ Entrega de la medicación y seguimiento del tratamiento
- ✓ Consultas periódicas para evaluar evolución

ATENCIÓN A POBLACIÓN PPL CON DIABETES (DM)

- ✓ Con diagnóstico previo de DM al ingreso identificar tratamiento y realizar test de glicemia capilar por el equipo de salud de la UIPPL, dentro de las 2 hs. posteriores. Registro en HC y paraclínica.
- ✓ Objetivos de control y terapéuticos individualizados.
- ✓ Ante dificultad en el logro del objetivo terapéutico, considerar tratamiento con insulina.
- ✓ Interconsulta con Endocrinólogo
- ✓ Cumplimiento de la realización del test de glicemia capilar y la administración de insulina, antes de las comidas principales según la frecuencia indicada por el médico.
- ✓ Conducción de especialistas con formulario de referencia-contrarreferencia
- ✓ Periodicidad de las actividades de control en el seguimiento.
- ✓ Situaciones de Urgencia.

No trasladar ninguna PPL sin su HC

2 Distribución horaria

15 minutos	Unidad V.1 - Importancia y abordaje general de uso de los protocolos.
120 minutos	Aspecto de relevancia específicos en los protocolos de salud. Incluye actividad en grupos – 40 minutos
15 minutos	Intervalo
30 minutos	Presentación de Protocolo de SS y R
40 minutos	Presentación de protocolo de ECNT
20 minutos	Despedida + Post Test y Evaluación

3 Propuesta didáctica

Este módulo busca sensibilizar al personal para que se involucre con la lectura de los Protocolos, y evalúe dificultades para su aplicación en cada UI, estimando posibles soluciones. Los Protocolos fueron distribuidos con antelación, y deben ser aportados en esta sesión para su valoración en grupos. El Manual del Participante no contenía la impresión de la Reseña temática de este Taller, para facilitar la participación. Se entrega la misma luego del taller.

Unidad V.2- Luego de la presentación general acerca de la importancia de los Protocolos, se divide el grupo en 5 subgrupos, cada uno para analizar lo más relevante de los siguientes Protocolos

- 1- Protocolos de ingreso (adolescente y/o adulto)
- 2- Protocolo de TBC
- 3- Protocolos de VIH
- 4- Protocolo de Conducta Suicida y riesgo de Autoeliminación
- 5- Protocolo de salud bucal

Tiempo del subgrupo: 20 minutos. En los siguientes minutos, cada grupo hace una breve presentación de lo que destaca, y el docente se apoya en la síntesis de su Reseña Temática. Se promueve la discusión acerca de factibilidad, buscando llegar en tiempo a cubrir los 5 protocolos.

Unidad V.2- Se realiza exposición por parte de docentes invitados, en atención al interés de reflexionar en particular sobre ambos Protocolos: de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Protocolo en salud sexual y reproductiva.

4 Materiales

- Proyector, PC y pantalla
- Papelógrafo o pizarra + drypen
- Ejemplares de Protocolos
- Modulo V – Manual del Participante: en cantidad suficiente, para entregar a participantes y que se anexe al Manual ya entregado
- Hojas en blanco
- Formularios de Post Test
- Formularios de Evaluación del Curso

Siguen anexos

Anexo I: VIGILANCIA Y NOTIFICACION OBLIGATORIA

Anexo II: FORMULARIO DE CONDICIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

Anexo III: PLANILLA DE VIGILANCIA AMBIENTAL



Anexo IV: PRE TEST, POST TEST Y RESPUESTAS

Anexo V: FORMULARIO DE EVALUACION DEL CURSO

ANEXO I: Vigilancia y Notificación obligatoria

OBLIGATORIEDAD DE LA NOTIFICACIÓN

Enfermedades y Eventos de notificación obligatoria en el Uruguay

			
Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria en Uruguay			
NOTIFICACIÓN INMEDIATA DENTRO DE 24 HORAS DE SOSPECHADO EL EVENTO GRUPO A		NOTIFICACIÓN SEMANAL DENTRO DE 7 DÍAS DE SOSPECHADO EL EVENTO GRUPO B	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Brote o evento de salud pública de importancia nacional (ESPINI) 2. Cólera 3. Dengue 4. Difteria 5. Enfermedad meningocócica 6. Enfermedad transmitida por alimentos 7. Fiebre amarilla 8. Fiebre del Nilo Occidental 9. Fiebres hemorrágicas 10. Gripe humana causada por un nuevo sub-tipo viral 11. Hantavirus 12. Intoxicaciones agudas 13. Meningitis aguda bacteriana 14. Meningitis/Encefalitis viral 15. Ofidismo/Araneísmo 16. Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico 17. Peste 18. Poliomielitis 19. Rabia animal 20. Rabia humana 21. Rubéola 22. Sarampión 23. Síndrome de rubéola congénita 24. Síndrome agudo respiratorio severo 25. Tétanos 26. Tétanos neonatal 27. Tos convulsa 28. Viruela 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Accidente de trabajo/Enfermedad profesional/Exposición laboral 2. Brucelosis 3. Carbunco 4. Chagas agudo 5. Chagas congénito 6. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob 7. Exposición ambiental 8. Fiebre Q 9. Fiebre tifoidea 10. Hepatitis A 11. Hepatitis B 12. Hepatitis C 13. Hepatitis E 14. Hepatitis sin especificar 15. Hidatidosis 16. Leishmaniasis tegumentaria 17. Leishmaniasis visceral 18. Lepra 19. Leptospirosis 20. Malaria 21. Parotiditis infecciosa 22. Sífilis 23. Sífilis congénita 24. Tuberculosis 25. Varicela 26. VIH/SIDA 	
¿Cómo y dónde notificar?		¿Quiénes deben notificar?	
Tel.: 24091200 - Fax.: 24085838 E-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy Web: Ingreso on-line en el portal del MSP: www.msp.gub.uy (Epidemiología)		Según el Decreto 41/012 están obligados a notificar : <ul style="list-style-type: none"> • Médicos, veterinarios, y otros profesionales de la salud, en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia • Directores Técnicos de hospitales e instituciones de asistencia públicos, privados o de cualquier otro tipo, o quien oficie con tal función • Directores Técnicos de laboratorios de análisis clínicos y bancos de sangre Están asimismo obligados a notificar todo evento inusual o posibles riesgos para la salud : <ul style="list-style-type: none"> • Responsables de internados, comunidades, campamentos y similares • Directores de escuelas, liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados • Mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior, capitanes de buques y pilotos de aeronaves o sus representantes 	
Disponibles las 24 horas, los 365 días del año			

Toda notificación debe hacerse ante la sospecha de un caso, no se debe esperar confirmación para realizar la misma.

Están obligados a notificar:

- Médicos, Veterinarios y otros profesionales de la salud, en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia.
- Directores Técnicos de hospitales o instituciones de asistencia públicos, privados o de cualquier otro tipo, o quien oficie con tal función, como encargado del establecimiento.
- Directores Técnicos de laboratorios de análisis clínicos y Bancos de sangre.

A excepción de los profesionales en ejercicio libre de su profesión, en el resto de los casos la responsabilidad de la notificación caerá sobre la autoridad técnica de la institución que asistió al paciente

Están obligados a notificar todo evento que se presente en forma inusual y toda situación que se identifique como un posible riesgo para la salud:

- Responsables de internados, comunidades, campamentos y similares
- Directores de escuelas, liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados
- Mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior
- Los capitanes de buques y los pilotos de aeronaves o sus representantes, según lo establecido en los artículos 37 y 38 del Reglamento Sanitario Internacional (2005):
- También podrá notificar una enfermedad o evento cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública

Los otros eventos se notificarán al Departamento de Vigilancia en Salud por las siguientes vías:

Tel: 24091200 (24/365)

Fax: 24083858

e-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy

On line: www.msp.gub.uy

Datos solicitados:

- Información completa (ej.: C.I, Nombre de la Institución, contactos, etc.)
- Letra clara y legible
- Nombre del notificador y teléf. de contacto
- Nombre del caso y teléf. del mismo
- Si requirió ingreso e internación
- Confirmación de extracción de muestra acompañada con el formulario de notificación correspondiente

La institución referente de salud en centros de privación de libertad (ASSE, SDNSP o INISA) definirá la modalidad de notificación, sea a partir de cada equipo, sea centralizando la información. El Plan de Promoción y Prevención establece la necesidad de que se defina el rol del Referente Epidemiológico en cada institución, responsable de armar el flujo de información al MSP, y centralizar también la información para la autoridad respectiva y para el sistema penitenciario en su conjunto.

OTRAS NOTIFICACIONES OBLIGATORIAS

➤ **MSP-Ficha de registro obligatorio de intento de autoeliminación (IAE)**

El registro y la notificación de los Intentos de Autoeliminación (IAE) es de carácter obligatorio para todos los prestadores Integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud

Debe completarse una ficha por parte del profesional que brinde asistencia en el servicio de salud interviniente en 1° instancia a la persona con IAE, completada con datos que el equipo o servicio de salud mental deberá completar para luego enviarla al MSP.

Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Instructivo%20FICHA%20IAE_0.pdf

➤ **MSP-FARMACOVIGILANCIA**

La sospecha de reacción(es) adversa (s) a cualquier agente terapéutico deberá ser notificada al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, incluyendo automedicación, medicamentos prescritos, vacunas, medios de contrastes, productos herbarios y otros, para ello se debe completar el Formulario de Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos, y enviarlo a notifv@msp.gub.uy

Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/notificaci%C3%B3n-de-sospecha-de-reacci%C3%B3n-adversa-de-medicamentos>

ANEXO II

FORMULARIO DE CONDICIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

NOMBRE FECHA

ESTABLECIMIENTO..... CELDARIO.....

Fecha de INGRESO Primario: SI NO

PROCESADO PENADO REGIMEN DE SEGURIDAD: bajo medio alto

Medico de seguimiento:

1	Convivencia en celdario	Con quien / cuantos	
		Tipo de convivencia (barraca, etc) Situaciones de violencia	No SI Explicar
2	Set higiénico	Cuenta con papel higiénico, cepillo, pasta dental, jabón.	SI NO
3	Acceso a duchas	Frecuencia Comentario	
4	Condiciones de habitación	Condición sanitaria / baño en celda	SI NO Explicar
		Ventilación	Buena Pobre
		Iluminación	Buena Pobre
		Calefacción	Buena Pobre
5	Alimentación	Cuantas veces por día por día / almuerzo – cena
		Si recibe alimentos externos	SI NO
		Si se cocina	SI NO
		Si come fruta y /o verdura	NO SI
6	Dieta especial	Según condición de enfermedad	SI NO
7	Visitas	Recibe visita? Quién?	NO SI Quien:
		Frecuencia?	Frecuencia:
		Visita conyugal?	NO SI Frecuencia:
8	Salidas transitorias	Cada cuánto	SI – Cada No
9	Salida del celdario	A planchada	SI NO Frecuencia
		A patio cubierto	SI NO Frecuencia
		A patio abierto	SI NO Frecuencia
10	Actividad deportiva	Cuál	SI NO Cual
		Frecuencia	Frecuencia
11	Actividad laboral	Cuál	SI NO Cual
		Frecuencia / horario	Frecuencia
12	Actividad educativa	Que estudia	SI NO Cual
		Frecuencia	Frecuencia
13	Acceso a celular		SI NO
14	Religión Cultos	Si adhiere a alguna?	NO SI
			Si accede a cultos

PLANILLA DE VIGILANCIA AMBIENTAL

Equipo de salud en cumplimiento de REGLAS MINIMAS

Unidad de internación..... Fecha / /

Referente por equipo de salud Apoyo de operador

Consultas realizadas con

	Evaluación			Observaciones
	Deficiente	Bueno	Excelente	
LIMPIEZA				
Celdas				
Áreas comunes				
Áreas de riesgo (cocina, baños)				
CONDICIONES en CELDAS				
Espacio				
Ventilación				
Iluminación				
Calefacción				
ALIMENTACIÓN				
Calidad /cantidad /Dietas				
Controles sanitarios				
Carne del manipulador				
DISPOSICIÓN de RESIDUOS				
CONDICION DE SANEAMIENTO				
AGUA POTABLE	Fecha ultima limpieza de tanques:			Próxima fecha
CONTROL de PLAGAS y VECTORES	Fecha ultimo control:			Próxima fecha
PROBLEMAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS				

Revisión por

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad” -

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Curso de orientación a Equipos de Salud en Atención en centros de privación de libertad

PRE-TEST

Código identificador

--	--	--	--

Esta prueba es una medición basal que, junto con la que se aplicará al finalizar de este curso, servirá para evaluar el nivel básico de conocimiento previo de los contenidos entre los participantes de esta experiencia de capacitación.

Su propósito es de evaluación didáctica y, por tanto, **es una prueba anónima**.

Sin embargo, la metodología requiere que ambas pruebas tengan algún tipo de código identificador.

**Le solicitamos que emplee una cifra de 3 o 4 dígitos como código identificador,
único para ambas pruebas (por ejemplo los 4 últimos números de su celular)
y lo escriba en el espacio previsto para ello.**

Marque con una cruz si la respuesta es correcta o incorrecta

1. Las acciones a realizar hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades de las PPL, deben de estar dirigidas en primer lugar a potenciar la calidad y la utilización de los servicios de salud.

1) Correcta 2) Incorrecta

2. La Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud recoge, como uno de sus principios fundamentales, la necesidad de implementar un cambio en el modelo de atención a la salud, con una orientación que privilegie la rehabilitación de la enfermedad.

1) Correcta 2) Incorrecta

3-La condición de pérdida de libertad inhabilita el goce de varios derechos en las PPL además de la libertad, pero no el derecho a la salud.

1) Correcta

2) Incorrecta

4. En el año 2001, Uruguay elige adherirse a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, rechazando las Reglas Mandela propuestas por África.

1) Correcta

2) Incorrecta

5. El Sistema de Gestión Carcelaria es una herramienta que ofrece información de valor para planificar acciones en materia de salud .

1) Correcta

2) Incorrecta

6. Uruguay presenta en los últimos años una tasa de prisionización de 1460 cada 100 mil habitantes, que lo ubica como el país de América Latina con menos personas presas en relación a su población.

1) Correcta

2) Incorrecta

7. La salud física y mental de las PPL no es sólo responsabilidad del equipo de salud, sino de todo el personal penal, el administrativo y otros involucrados en el trato de los internos.

1) Correcta

2) Incorrecta

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad” -

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Curso de orientación a Equipos de Salud en Atención en centros de privación de libertad

POST-TEST

Código identificador

--	--	--	--

Esta prueba es una medición basal que, junto con la que se aplicó al inicio de este curso, servirá para evaluar el nivel de conocimiento previo de los contenidos entre los participantes de esta experiencia de capacitación.

Su propósito es de evaluación didáctica y, por tanto, **es una prueba anónima**.

Sin embargo, la metodología requiere que ambas pruebas tengan algún tipo de código identificador.

**Le solicitamos que emplee como código identificador
los mismos números que utilizó en el pre-test
(un único número para ambas pruebas)**

Marque con una cruz si la respuesta es correcta o incorrecta

- 1- Las acciones a realizar hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades de las PPL, deben de estar dirigidas en primer lugar a potenciar la calidad y la utilización de los servicios de salud.

1) Correcta

2) Incorrecta

2. La Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud recoge, como uno de sus principios fundamentales, la necesidad de implementar un cambio en el modelo de atención a la salud, con una orientación que privilegie la rehabilitación de la enfermedad.

1) Correcta

2) Incorrecta

3. La condición de pérdida de libertad inhabilita el goce de varios derechos en las PPL además de la libertad, pero no el derecho a la salud.

1) Correcta

2) Incorrecta

4. En el año 2001, Uruguay elige adherirse a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, rechazando las Reglas Mandela propuestas por África.

1) Correcta

2) Incorrecta

5. El Sistema de Gestión Carcelaria es una herramienta que ofrece información de valor para planificar acciones en materia de salud.

1) Correcta

2) Incorrecta

6. Uruguay presenta en los últimos años una tasa de prisionización de 1460 cada 100 mil habitantes, que lo ubica como el país de América Latina con menos personas presas en relación a su población.

1) Correcta

2) Incorrecta

7. La salud física y mental de las PPL no es sólo responsabilidad del equipo de salud, sino de todo el personal penal, el administrativo y otros involucrados en el trato de los internos.

1) Correcta

2) Incorrecta

Curso de orientación a Equipos de Salud en Atención en centros de privación de libertad

Respuesta del pre y post test

1. **Las acciones a realizar hacia los factores que inciden en la aparición de las enfermedades de las PPL, deben de estar dirigidas en primer lugar a potenciar la calidad y la utilización de los servicios de salud.**

Respuesta Incorrecta

El modelo de salud propuesto por Lalonde demostró que el sistema sanitario es el determinante de salud que menos influye en la salud.

El estilo de vida es el determinante más importante en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria. Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituyen factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer.

El entorno también es importante como determinante de la salud, ya que en la mayoría de los casos, es abordable desde acciones sanitarias locales.

2. **La Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud recoge, como uno de sus principios fundamentales, la necesidad de implementar un cambio en el modelo de atención a la salud, con una orientación que privilegie la rehabilitación de la enfermedad.**

Respuesta Incorrecta

La Ley de creación del SNIS recoge, como uno de sus principios fundamentales, la necesidad de implementar un cambio en el modelo de atención a la salud, con una orientación que privilegie la promoción de salud y la prevención de enfermedad.

3. **La condición de pérdida de libertad inhabilita el goce de varios derechos en las PPL además de la libertad, pero no el derecho a la salud.**

Respuesta Incorrecta

El único derecho que se ve afectado es el derecho a la libertad. Las PPL mantienen todos los demás derechos fundamentales. Entre esos derechos se encuentra el derecho a la salud.

4. **En el año 2001, Uruguay elige adherirse a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, rechazando las Reglas Mandela propuestas por África.**

Respuesta Incorrecta

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos han sido las reglas universalmente reconocidas para la atención de personas privadas de libertad al cual el Uruguay se ha adherido y han estado en vigencia desde 1955. En mayo de 2015, durante la 24ª sesión de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas (integrada por Uruguay entre otros países), se adoptó el texto revisado de las Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos, que pasaron a denominarse las “Reglas Mandela”.

5. **El Sistema de Gestión Carcelaria es una herramienta que ofrece información de valor para planificar acciones en materia de salud**

Respuesta Correcta

El conocimiento y manejo del Sistema de Gestión Carcelaria por parte del equipo de salud permitiría conocer cuál es la población asignada en cada momento, su perfil de edades, su condición de estudio, estado civil, cantidad de hijos, etc.

6. **Uruguay presenta en los últimos años una tasa de prisionización de 1460 cada 100 mil habitantes, que lo ubica como el país de América latina con menos personas presas en relación a su población.**

Respuesta Incorrecta

Uruguay presenta una tasa de prisionización de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubica en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008), El Salvador y Panamá.

7. **La salud física y mental de las PPL no es sólo responsabilidad del equipo de salud, sino de todo el personal penal, el administrativo y otros involucrados en el trato de los internos.**

Respuesta Correcta

En cada establecimiento, todos los miembros del personal que se desempeñan en una Unidad de Internación para PPL deben asegurar que los derechos de los internos sean cumplidos y contribuir a ello. Las administraciones penitenciarias son responsables de asegurarse de que toda persona que entre en una prisión –especialmente los internos, pero también el personal y los visitantes– no se exponga al riesgo de contagio. Por esto deben disponer de las condiciones que promuevan el bienestar tanto de las PPL como también de las personas que allí concurren y trabajan. Cualquier omisión en tal sentido puede implicar trasladar esos problemas sanitarios a toda la comunidad. Esto refuerza la crucial relación entre la salud en centros de privación de libertad y la salud pública.

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad” -

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Curso de orientación a los Equipos de Salud en Atención en centros de privación de libertad

Evaluación del Curso

Esta evaluación se realiza con el propósito de tener su opinión con respecto al Curso y sus Módulos, y no significa ningún tipo de examen de clasificación.

La evaluación es anónima, aunque puede escribir su nombre si lo desea.

*Sus respuestas a todas las preguntas son muy importantes para el desarrollo de los futuros cursos. Marque con una cruz sus respuestas. **Muchas gracias.***

1. ¿Considera Ud. que el curso alcanzó a cubrir las expectativas que Ud. tenía previamente?

1. Sí

2. No

2. ¿Considera Ud. que al finalizar el Curso adquirió conocimientos diferentes a los que tenía previamente?

1. Sí

2. No

3. Estima Ud. que los conocimientos adquiridos le servirán en su práctica?

1. Sí

2. No

4. Sírvase fundamentar en forma breve sus contestaciones a las preguntas 1, 2, y 3.

5. Estima que la organización del curso fue:

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

6. Fundamente en forma breve su contestación de la pregunta 5.

7. Considera que *en general*, los contenidos de los Módulos son:

Excelentes

Muy buenos

Buenos

Regular

Malos

8. Sírvase fundamentar brevemente su respuesta.

9. ¿Qué cambiaría o eliminaría del curso y por qué?

10. Agregue los conceptos que considere que serían de utilidad para los futuros cursos.
