



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



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

Manual del Participante
para la Formación a Operadores/Educadores
en Salud en centros de privación de libertad

MANUAL DEL PARTICIPANTE
CURSO DE FORMACIÓN A OPERADORES / EDUCADORES
EN SALUD EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

| | | |
|--|--|----|
| | Introducción | 4 |
| | Módulo I – Estrategia de Salud en centros de privación de libertad en el marco del SNIS | 5 |
| | I.1 Conceptos generales de salud - Salud en centros de privación de libertad - | 5 |
| | I.2 Estrategia de salud en el marco del SNIS: organización y redes. | 10 |
| | I.3 Derechos y normativa vigentes | 15 |
| | I.4 Género y generaciones | 20 |
| | Módulo II – Salud, ambiente y internación | 26 |
| | II.1 Concepto de determinantes de salud | 26 |
| | II.2 Condiciones de privación de libertad: encierro, alimentación, visitas, educación. | 27 |
| | II.3 Entornos saludables y rol garante del equipo de salud | 30 |
| | Módulo III – Situación de salud en las cárceles | 32 |
| | III.1 Importancia de la situación de salud y los factores de riesgo | 32 |
| | III.2 Conocer la situación de salud de las PPL | 33 |
| | III.3 Perfil de salud (ej: reciente Estudio Epidemiológico) | 34 |
| | III.4 Ambiente y salud laboral | 37 |
| | Módulo IV - Promoción de salud y prevención de enfermedad | 40 |
| | IV. 1 Importancia – rol de los operadores | 40 |
| | IV.2 Promoción y Prevención. Resiliencia | 41 |
| | IV.3 Operadores promotores de salud | 44 |
| | IV.4 Herramientas didácticas | 45 |
| | Anexos I Registro anual de actividades de promoción de salud | 53 |
| | Anexo II: Planilla de vigilancia ambiental | 54 |
| | AnexoIII: Derecho de salud y Reglas Mandela | 55 |

Total: 16 horas

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

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>**.

Un sistema integral de atención sanitaria incorpora el concepto de Cárcel Saludable, con cuidado de la salud y el ambiente. Un sistema con esta premisa debe implicar a todo su personal, desde autoridades, personal de custodia, personal de salud. Por lo tanto, la formación y actualización permanente al personal de custodia, operadores y educadores, en temáticas vinculadas a la estrategia de Salud en centros de privación de libertad es un componente indispensable para avanzar hacia la consecución de dicho Sistema Integral de Atención de Salud en centros de privación de libertad

Esta actividad de capacitación busca complementar los esfuerzos que al momento realiza el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) a través del CEFOPEN (Centro de Formación Penitenciaria) en la formación al ingreso de los operadores, y de la actualización de los ya ingresados, jerarquizando la temática de Salud en centros de privación de libertad, con particular énfasis en los derechos de salud, en el conocimiento de las situaciones de riesgo, y la importancia del rol de promoción de salud de los operadores, tanto hacia las personas como hacia el entorno.

Por tanto, la población objetivo de este Programa comprende a la totalidad de las y los operadores del INR, así como de las y los educadores del Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), de lograrse acuerdos de trabajo entre este Instituto y el CEFOPEN.

Este MANUAL busca aportar a los participantes del Curso los elementos necesarios para facilitar el seguimiento conceptual de cada módulo, y en caso de que se haya entregado previamente, posibilitar su lectura previa.

El temario a tratar se distribuye en 4 módulos, de 4 horas cada uno, con 3 o 4 unidades por módulo. La propuesta didáctica aplicará metodologías participativas sencillas que involucren pensamiento y sentimientos, de forma de lograr atención e involucramiento, además de los tiempos de exposición requeridos.

La orientación en servicio ofrece la posibilidad de reflexionar sobre la práctica, conocer a personal 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.**

La orientación permanente en servicio contribuye 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.

MODULO I: SALUD EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

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

Unidad I.2 – Estrategia de salud en el marco del SNIS

Unidad I.3 – Derechos de salud, normas vigentes

Unidad I.4 – Enfoque de género y generaciones

Unidad I.1 – Conceptos generales de salud y Salud en centros de privación de libertad

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 enfermedades.¹

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.

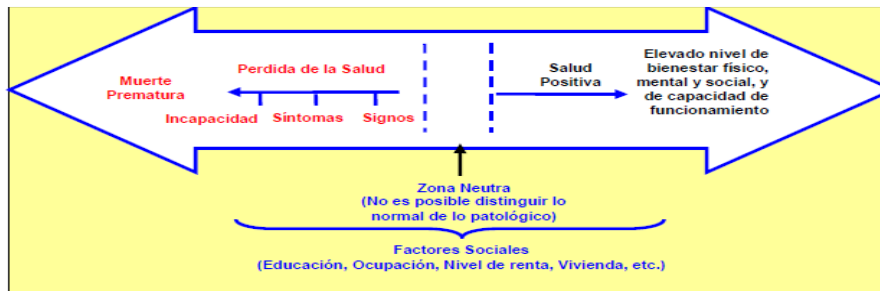
Es un proceso dinámico y complejo de salud-enfermedad, en el que intervienen tanto las condiciones y comportamientos individuales como el medio ambiente físico y social en que se vive. No existe una separación absoluta entre salud y enfermedad sino que forman un continuo cuyos extremos son un estado de salud óptimo y la muerte por el otro lado.²

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. 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 salud.

¹ 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/>.

² Piédrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 2001

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”.³

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.⁴ 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 integradas.⁵

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

³ Salleras Sanmartí, Luis. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Ediciones Díaz de los Santos :Madrid . 1990.

⁴ Idem

⁵ International 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

- ✓ 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.

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. 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 internación a otro y recibir visitas de agentes externos (abogados, instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales, etc.). Muchos de los internos tienen salidas transitorias o permisos 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 prisión 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 y eventos, 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.

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

Particularidades de la Salud en centros de privación de libertad

La salud física y mental de los reclusos es uno de los aspectos más importantes y 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 internación.⁶

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 personas privadas de libertad 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

⁶ 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>

adultos -, tienen diferente situación penal – en caso de PPL adultas, ya que en caso de adolescentes todos tienen condena.

2. También hay distinción en cuando a la seguridad, - máxima, mediana o mínimas condiciones de seguridad, según el grado de peligrosidad y/o inadaptación de la conducta del interno, asociado a mayor frecuencia de trastornos del comportamiento o enfermedades mentales graves.

La mayor prevalencia de una serie de padecimientos entre los reclusos también va a determinar las necesidades de asistencia más frecuentes: por una parte hay que atender las consultas comunes del nivel primario (enfermedades respiratorias, accidentes y traumatismos, procesos metabólicos, quirúrgicos, ginecológicos, etc.); por otro lado hay una mayor concentración de riesgos, 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 reclusos, como por ejemplo la tuberculosis o los problemas buco-dentales. También pueden aparecer trastornos como consecuencia misma del encierro, sobre todo relacionados con la salud mental, trastornos gástricos por el tipo de alimentación.

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 del recluso está organizada sobre la base de la seguridad, la convivencia disciplinada, el horario. En definitiva la institucionalización puede influir de manera importante en el acceso a la atención médica.⁷

Las particularidades de la Salud en centros de privación de libertad, incluido el necesario conocimiento de la normativa nacional e internacional de atención, la configuran en una disciplina con conocimientos y prácticas muy específicas, por lo que en algunos países ya está establecida como una especialidad académica.

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 le proporcione a los privados de libertad un nivel de cuidado de la salud equivalente al que se encuentra en la comunidad fuera de la cárcel.

El Proyecto⁸ “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

⁷ 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>

⁸ El Proyecto “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.

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 para aportar a la definición de una Estrategia para la Atención Integral de salud a 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 reclusos, así como los valores y principios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

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

- la integración al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) según sus principios y valores, y a sus redes de atención.
- el fortalecimiento del primer nivel de atención.
- la continuidad de la atención en los siguientes niveles coordinados.
- la mejora de calidad de atención en base al seguimiento de protocolos de atención.
- 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.
- la capacitación/orientación permanente para reflexionar sobre las prácticas y mejorar la calidad de las prestaciones.

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).

Unidad I.2 – Estrategia de salud en el marco del SNIS

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 18.211⁹ 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, que reconoce las debilidades del sistema en los últimos años. 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 internación 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 2010¹⁰.

Para mejorar la atención de salud en las prisiones, en 2008 se estableció que ASSE debía iniciar la asunción de competencias en la atención a las PPL, con la creación del Servicio de Atención Integral a las PPL (SAI – PPL), proceso que hoy está instalado en el área metropolitana y en Rivera. En el resto del país la competencia de atención en el primer nivel de atención se mantiene a cargo de la actual Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial compartiendo con ASSE la continuidad de la atención.

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 Ley¹¹ (con anterioridad el organismo competente era el SIRPA, dependiente de INAU). La prestación de salud a la interna del INISA depende hasta el momento de técnicos propios para el primer nivel de atención, y se coordina con ASSE para la continuidad de la atención¹².

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 internación, 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.**

⁹ Ley 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

¹⁰ 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".

¹¹ Ley 19.367 de diciembre 2015.

¹² Cabe señalar que en el caso de los adolescentes, en mayor proporción que en adultos PPL, un porcentaje de ellos tienen cobertura de salud en prestador privado, con la dificultad que conlleva la continuidad de atención. Esto se está estudiando por parte de la Junta Nacional de Salud.

La atención de salud a las PPL en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

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 internación *“deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación”*¹³

El derecho de los presos, 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 reclusos 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.

Se señalan algunos de los principios rectores **del SNIS**¹⁴:

- La **promoción de la salud** con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos 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 **intersectorialidad** de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

Jerarquía del modelo de atención: modelo 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 integralidad y continuidad de la atención, 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**.

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**.

¹³ Reglas Mínimas para el tratamiento de los Reclusos – Regla 22

¹⁴ Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud – Artículo 3°

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 en los establecimientos de internación (ya sea los gestionados por ASSE como por la DNSP) y de los servicios de la red 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** que debe fortalecerse, con Médicos Generales de referencia, que puedan brindar una **atención integral y continua, más la atención oportuna de las principales especialidades (salud mental, odontología, infectología), y asegurar la atención de la red local de servicios para la atención de mayor complejidad.**
- 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 reclusos es compartida por servicios que dependen de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), para el área metropolitana y Rivera, (cubriendo el 65 % de la cobertura de PPL adultos), y de la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial, responsable del primer nivel de salud en dependencias del interior del país. A partir del año 2010 se inició un proceso de transferencia de la responsabilidad asistencial desde los servicios que dependían de la SDNSP a ASSE, proceso que aún no ha culminado¹⁵. 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.

¹⁵Transferencia 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

Se hace imperativo constituir una red de salud capaz de dar respuesta a la atención, ya sea ante cambio de unidades de internación, 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 y eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de esta población.

Destacamos algunos de las características que deben tener las redes de salud, aplicadas a la Salud en centros de privación de libertad:

- *Población a cargo definida, con amplio conocimiento de sus necesidades en cuestiones de salud.*

En este sentido, cada establecimiento de internación 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 el cada momento.**

- *Un primer nivel de atención multidisciplinario que 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. En especial, por las características epidemiológicas de la población, debe incrementar 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 de especialistas en forma programada.**

- *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 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 internación, su vinculación con la familia y los regímenes de visita y especialmente planificar la continuidad de su atención al egreso de las PPL y su seguimiento en el medio libre

Gobernanza compartida, requisito de una red asistencial

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, DNSP), así como **ámbitos de coordinación a nivel local** entre los equipos de dirección y de salud de los establecimientos de internación. 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 internación 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 – Derechos de salud, normas vigentes

El derecho a la salud y a un medio ambiente sano: derechos humanos básicos

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, su grado de autonomía, el acceso a la alimentación, vivienda, trabajo y educación, sus recursos socio-afectivos.

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; Ley 18.426, Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva).

La ley del Código de la Niñez y la Adolescencia

Artículo 1º. (Ámbito de aplicación).- El Código de la Niñez y la Adolescencia es de aplicación a todos los seres humanos menores de dieciocho años de edad. ... se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad.

Artículo 9º. (Derechos esenciales).- Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.

Ley de Derechos y obligaciones de los usuarios de salud Ley 18.335

Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Ley de defensa de la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426

Artículo 6º. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán: a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada c) la jerarquización del primer nivel de atención d) la integración de equipos multidisciplinario e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos

Artículo 7º.- Incorporase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo: "ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes. ...

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.

Derecho a la salud en las personas privadas de libertad

Los derechos de las personas privadas de libertad ¹⁶ 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.**

El derecho a la salud de las personas privadas de libertad está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el derecho a la salud se reconoce en el artículo 12, por lo que se tiene que garantizar la calidad de vida y un medio ambiente sano durante la internación ¹⁷.

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, reglas universalmente reconocidas como el principal documento relacionado al tratamiento de las personas detenidas, han tenido un gran valor e influencia 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, incluyen varios artículos relacionados con el respeto a la salud, y el rol del equipo de salud, custodias penitenciarios y autoridades hacia dicho respeto.

Dichas Reglas, desde mayo de 2015, han pasado a denominarse **“Reglas Mandela”**, en honor al ex Presidente de Sudáfrica que estuvo privado de libertad durante numerosos años, luego de un proceso de revisión y actualización del cual Uruguay fue partícipe.

“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” ¹⁸.

Entre los principios fundamentales de las Reglas Mandela se incluye que las cárceles tienen que ser lugares donde no exista peligro para la vida, la salud y la integridad personal.

¹⁶ 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>

¹⁷ Hernandez P, Jeniffer and Mejía 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

¹⁸ 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

A nivel de la región de las Américas existe otro marco normativo: 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*¹⁹.

**No existen diferencias
en cuanto a la definición normativa del derecho a la salud
entre las PPL y la población general del país.**

**La condición de pérdida de libertad no debe inhabilitar el goce de otros derechos,
entre ellos el derecho a la salud.**

**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.**

La persona privada de libertad es un sujeto de derechos, cuya limitación principal con la sanción penal se refiere a la libre circulación. Esta limitación le pone en condición de desventaja, en tanto constituye una limitación al libre acceso a la atención a la salud.

La pérdida de la libertad en sí misma es el castigo, no la privación de los derechos humanos fundamentales. 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 reclusos un nivel de cuidado de la salud equivalente al que se encuentra en la comunidad fuera de la cárcel.

**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 deben cuidar distintos factores, como el agua potable, el saneamiento, la ventilación, la iluminación, la existencia de plagas o vectores de riesgo. Cuidar dichos factores contribuye a prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de internos y trabajadores, adecuada a la dignidad de las personas.

La situación específica de los niños, los menores 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 Beijing*)²⁰, las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (*Directrices de Riad*),

19 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>

20 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.

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*)²¹.

El derecho a la atención de salud de las PPL debe ser informado desde el ingreso al establecimiento, y la promoción de salud para fomentar el autocuidado es obligación de todo el personal de cada Centro, no exclusiva del equipo de salud.

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.

Tanto la Ley de Usuarios de Salud, como la de Salud Sexual y Reproductiva hacen especial referencia a los derechos de salud de los adolescentes, en base a las normas emanadas del Código de la Niñez y la Adolescencia.

El abordaje de derechos humanos vinculados a SSR.

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

En la adolescencia

El respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes implican acciones de promoción de derechos, de educación, de prevención – distribución adecuada de condones, por ejemplo -, de atención de salud.

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.

En adultos

La visita íntima 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 PPL.

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

²¹**Reglas de Bangkok:** Se inspiran en los principios contenidos en diversos tratados y declaraciones de las Naciones Unidas, y por ello son compatibles con las disposiciones del derecho internacional en vigor. Están dirigidas a las autoridades penitenciarias y los organismos de justicia penal (incluidos los responsables de formular las políticas, los legisladores, el ministerio público, el poder judicial y los servicios de libertad condicional) que se ocupan de la administración de las sanciones no privativas de la libertad y las medidas basadas en la comunidad. ONU. 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.2011. Disponible en : https://inr.minterior.gub.uy/images/web/DDHH/Reglas_de_bangkok.pdf

La Resolución 119/08²² 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.*”)

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 Interior²³ 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*”²⁴.

Anticoncepción.

La Ley N° 18.426 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.

Los operadores y educadores tienen un importante papel que cumplir promoviendo el interés en este tema, y colaborando con los mensajes de cuidado.

Se deberá ofrecer amplia información sobre todos los métodos disponibles, incluyendo materiales educativos apropiados y sesiones educativas grupales.

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 internación.

22 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.

23 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

24 Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 5

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”

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”

Aspectos de cuidados de salud específicos en personas transgénero

Las personas transgénero (LGTB)²⁵ que ingresan a establecimientos de privación de libertad tienen derecho ser nombradas con el nombre con que se identifican. Es importante evitar situaciones de estigma y discriminación.

El respeto al derecho de salud en adolescentes y adultos privados de libertad debe ser considerado un elemento contribuyente a la rehabilitación social.

Explicitar ante una persona privada de libertad una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema de internación 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.

Unidad I.4 – Enfoque de género y de generaciones

El género es una perspectiva muy importante a la hora de abordar el campo de la salud. Permite analizar la distribución y organización del poder, inherente a todas las relaciones sociales. La equidad de género en salud “refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables e injustas (OPS), siendo de particular interés para la incidencia en materia de cambio a los sistemas de salud, todas aquellas estructuras generadoras de desigualdad y exclusión en materia de salud en general y en particular en SSR: social y de género, ciclo vital y cultura”²⁶.

Es importante conceptualizar y diferenciar los conceptos de sexo y género que por mucho tiempo se utilizaron como sinónimos

El término **género** se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que **sexo** se refiere a las características que vienen

²⁵ La sigla LGTB identifica las categorías de lesbianas, gays, travestidos y bisexuales, que en la actualidad se agrupan en la definición de transgénero.

²⁶ UNFPA (González, A.C); “El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe”, 2007

determinadas biológicamente. El comportamiento aprendido en cada tiempo y sociedad compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.²⁷

Los atributos que se asignan en cada cultura a los roles femenino y masculino condicionan las conductas relacionadas con la salud. La identidad de género responde a los mandatos culturales respecto a qué corresponde asumir como comportamientos sociales en relación con el sexo biológico.

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.

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.

La **noción de diversidad** está asociada a la perspectiva de género. Es fundamental también la incorporación del enfoque de diversidad sexual al abordaje de la salud y la salud sexual y reproductiva.

El Ministerio de Salud Pública 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 género²⁸.

27 OPS/OMS :Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS.2002.Disponible en <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

28 Guías Diversidad Sexual, MSP. 2009

Género y privación de libertad

En opinión de Andrew Coyle ²⁹, 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, así como los hombres con distinta orientación sexual, y tratarlos 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 mujeres privadas de libertad son, a menudo, bastante diferentes de las de hombres 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 internación en mujeres es más denigrante que la internación 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.

También tiene mayor efecto la privación de libertad de una mujer sobre el entorno familiar y sobre los hijos e hijas que viven en los centros con ellas, así como de los que no conviven.

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 personal que trabaje con mujeres debe ser consciente de estas situaciones³⁰ y recibir capacitación específica para la función que cumple³¹.

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, no privativas de la libertad y para mujeres delincuentes, llamadas también Reglas de Bangkok.

29 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.

30 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

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

Con relación al género masculino, muchas formas culturales de “*masculinidad-macho*” están relacionadas de forma directa con la experimentación del riesgo, configurando un factor predisponente para vulnerabilidades desde el punto de vista de la salud: violencia, riesgo de infección por el VIH, adicciones o paternidad precoz, entre otras.

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.^{32 33}

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)³⁴ 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 alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

**Durante la adolescencia,
la conducta experiencial juega un papel primordial en la salud,
ya que los comportamientos de riesgo
predisponen a enfermedades, incapacidades y hasta la muerte.**

Un/una adolescente puede presentar alguna o varias conductas de riesgo (fumar, consumir drogas, provocar un accidente, adquirir o propagar enfermedades de transmisión sexual, delinquir, usar la violencia, intentar suicidarse o llegar al suicidio).

³² Badinter, Elisabeth, “XY **La identidad masculina**”. Alianza Editorial, Madrid 1993

³³ “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

³⁴ Si bien la adolescencia como etapa vital se define hasta los 19 años, en poblaciones vulnerables en particular hay aspectos del siquismo de la población adulta joven que tiene aún correspondencia con el siquismo adolescente.

La impulsividad es una característica de los adolescentes: 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 (sobredosis de drogas, picadas callejeras, conducir bajo efecto de sustancias legales e ilegales, involucrarse en episodios delictivos, etc.).

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”.

Estas condiciones del psiquismo adolescente, su necesidad de “ponerse a prueba”, - conducta que se exagera en el medio penitenciario -, su débil o nula capacidad de autocuidado, exige mucha atención de parte de operadores y cuidadores, en la tarea de promover hábitos saludables y de apoyar la seguridad y la autoestima para evitar conductas de riesgo.

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.

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.

MODULO II: SALUD, AMBIENTE Y IINTERNACION

Unidad II.1 – Determinantes de salud

Unidad II.2 - Condiciones de internación: encierro, alimentación, visitas, violencia

Unidad III.3 – Entornos saludables y rol garante del equipo de salud

Unidad II.1 - Determinantes de la salud

El estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran. Se trata de un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Un modelo explicativo que mantiene vigencia es el propuesto por Marc Lalonde en 1974³⁵, quien definió un marco conceptual para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Se estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los factores o “campos de la salud” tiene sobre los niveles de salud de la población.

Bajo el modelo de Lalonde³⁶, el concepto de campo de la salud define cuatro grandes categorías de factores que determinan la salud:

- **Biología humana:** carga genética, envejecimiento, estado inmune, 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: alcohol, tabaco o drogas, 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 – biología, ambiente y estilos de vida** - en detrimento de los aspectos asistenciales como determinantes de la salud. Las acciones políticas deben dirigirse con énfasis hacia dichos factores que inciden en la aparición de las enfermedades, potenciando la Promoción de la Salud.

³⁵ 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.

³⁶ 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.

El **estilo de vida** es el determinante 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 en su vida cotidiana, que pueden ser pertinentes para el mantenimiento de su salud, o que lo pone 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 factores 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 mucho 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 se 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 sanitarias locales.

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”³⁷.

Estos determinantes de la condición de salud, que tan importante papel juegan en la condición de privación de libertad, implican a todo el personal penitenciario en el compromiso para minimizar las situaciones de riesgo, y para promover la mejora de los hábitos.

Unidad II.2 – Condiciones de privación de libertad: encierro, alimentación, visitas, violencia

La gran mayoría de los problemas de salud de las PPL tiene relación directa con las condiciones de vida que prevalecen en los centros de internación. La internación en una institución cerrada implica una fuerte transformación del estilo de vida del sujeto, una drástica limitación de su libertad de acción.

Las prisiones son cajas de resonancia que amplifican los problemas de salud de los colectivos más desfavorecidos.³⁸ 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

³⁷ 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

³⁸ 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 Sañidad Penitenciaria.

particularmente vulnerable, con una mayor probabilidad de desarrollar eventos dañinos para la salud.

Esta vulnerabilidad se da especialmente en los adolescentes privados de libertad quienes se encuentran construyendo su personalidad, identidad y rol en la sociedad.³⁹ 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 ha 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 favorable⁴⁰

Siendo la situación de salud el producto de la convergencia de múltiples factores, en los establecimientos de privación de libertad muchos de éstos no dependen de la voluntad de los internos, sino de la condición de encierro, por lo que el rol del Estado y de todo el personal está comprometido. El hacinamiento, la condición de saneamiento, la potabilidad del agua, la ventilación, las horas de encierro, la alimentación en muchos casos, son condiciones fuera del control de las PPL. Los hábitos como el consumo de sustancias (cigarro, alcohol, otras), la tendencia al aislamiento, la falta de control de salud, una mejor alimentación, pueden ser factores sobre los cuales las PPL tienen algún control.

La adecuada higiene personal con la disposición 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 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 Mandela, así como también se define que la alimentación deberá ser 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 (Regla22). Hay personas que cuentan con apoyo externo para asegurar su adecuada higiene, en tanto otros no cuentan con el mismo y el establecimiento debería asegurar un set básico de higiene.

41

Con respecto a la **alimentación**, para que la misma permita la adopción de hábitos saludables y beneficie el estado de salud de las PPL tiene que incluir la disponibilidad de alimentos con fibras, 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, con el asesoramiento de nutricionistas, respetando las dietas que se indiquen por patologías específicas, manteniendo la higiene.

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

³⁹ 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>.

⁴⁰ Alves, Carla; Vilariño, Manuel; Arce, Ramón. Salud Mental de Menores Infractores. Revista de Investigación Criminal - N.º 6. Lisboa. año 2013. Disponible en: http://www.usc.es/export/sites/default/gi/servizos/uforense/descargas/Salud_mental_de_menores_infractores_xInvestigaxo_Criminalx_Alvesx_Vilarixo_y_Arcex_2014.pdf

⁴¹ Un **set básico de higiene** debería comprender una barra de jabón, cepillo y pasta dental, papel higiénico, y toallas absorbentes para las mujeres, con reposición periódica. Esta recomendación está planteada en el Plan de Promoción y Prevención 2016 -2020, producto de este Proyecto.

enfermedades, mejorar la salud mental y la capacidad funcional, contribuye a reducir la violencia, y promover la interacción e integración social.

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

Regla MANDELA Nº 23

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 reclusos 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 necesario

El “modelo penitenciario de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas” hace mención a la obligación de la autoridad penitenciaria de velar por condiciones dignas de vida de las personas en internación, es decir por el acceso, en todo momento, al agua potable, a alimentación y a espacio para el descanso nocturno 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 internación.

En relación a la pérdida de contacto con el exterior que supone el encarcelamiento, se produce un proceso de deterioro paulatino de las relaciones sociales que la PPL mantenía antes de su ingreso a la institución penitenciaria⁴². 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 centro carcelario influye en el detrimento de las relaciones familiares si es distante al lugar de residencia con lo cual se hace más difícil que reciba visitas de familiares y amigos.

Se ha encontrado también que las dificultades en el ajuste a la separación y la pérdida pueden generar problemas graves de depresión y otros problemas de salud mental en los internos/as y sus familias. Las familias se convierten en el apoyo afectivo y moral del interno, que le ayuda a soportar la condena y el tiempo de encierro⁴³

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

⁴² 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.rf

⁴³ Moreno C, Zambrano L. Familias de internos e internas: una revisión de la literatura [Internet]. Disponible en: <http://psicologiajuridica.org/psi222.html>.

detenidas. Esto hace que los hogares de las reclusas sean más frágiles y tiendan a desintegrarse con mayor frecuencia.

Las prisiones deben ser lugares en los que existan programas integrales de actividades constructivas que ayuden a los reclusos a mejorar su situación. Como mínimo, la experiencia de la prisión no debe dejar a los reclusos 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).

Según establecen las *Reglas Mandela*, el médico deberá informar 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 internación continuada o por determinadas condiciones de internación. (Regla Mandela Nº 33). Esto forma parte de su función de garante de las condiciones de internación, según se detalla adelante. Los operadores y autoridades del establecimiento deben apoyar esta función de garantía de derechos que hacen a la salud de las personas y del entorno, como se señala seguidamente.

Unidad III.3 – Entornos saludables y rol garante del equipo de salud

La salud y el ambiente están íntimamente relacionados. El término medio ambiente o ambiente 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.

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.

En el proceso de jerarquizar la importancia del ambiente como factor protector de salud, la OMS ha establecido la consigna de “ambientes saludables”, se trate de ciudades, municipios, y también “cárceles saludables”. Esto hace a la condición general de higiene, al manejo de residuos, a las condiciones de saneamiento, a la existencia de plagas, al acceso al agua potable. Las condiciones inadecuadas en un establecimiento de internación generan daño a la salud no sólo de las PPL y de los trabajadores, sino también de las familias visitantes, y del entorno barrial.

Según las Reglas Mandela, por las condiciones de vulnerabilidad en que viven las PPL el equipo de salud del centro de detención debe ser el garante de su derecho a la salud, además de sus acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades⁴⁴. 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 reclusos.

⁴⁴ Carranza, E. (2009). Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe. México: Siglo XXI Editores

El personal sanitario cumple un importante papel en la afirmación del concepto de que la atención médica no consiste sólo en tratamiento, sino que incluye los aspectos de cuidar un entorno sano, para lo cual se requiere la cooperación de todas las personas de la prisión.

El equipo de salud no solo es responsable por una atención de salud de calidad, con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, sino también por las condiciones de vida de las PPL en tanto entornos ambientales, condiciones higiénico dietéticas y de recreación, entre otros. Hacia esta tarea deben contar con el apoyo de los operadores, que son quienes están en condición de mayor cercanía con las PPL.

La Regla Mandela Nº 35 establece que el personal de salud debe realizar inspecciones regulares y emitir informes y recomendaciones para mejorar las condiciones de estancia. De acuerdo a esta Regla, el asesoramiento debe incorporar los siguientes aspectos:

Regla MANDELA Nº 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.

MODULO III: SITUACION DE SALUD EN LAS CARCELES

Unidad III.1 – Importancia de la situación de salud y los factores de riesgo

Unidad III.2 – Conocer la situación de salud

Unidad III.3 – Perfil actual de salud (reciente estudio)

Unidad III.4 – Salud y ambiente laboral

Unidad III.1 – Importancia de la situación de salud y los factores de riesgo

¿Por qué es importante conocer la situación de salud de cada establecimiento penitenciario en todo momento? Vale recordar lo comentado en el Módulo I, cuando se habló de la Salud en centros de privación de libertad como parte de la Salud Pública, y cómo deben aplicarse a ella los instrumentos de control y vigilancia que a la salud de cualquier comunidad. En particular, siendo los establecimientos penitenciarios comunidades cerradas donde una situación emergente en términos de salud puede concretarse como una epidemia o fenómeno expansivo, sea un fenómeno infectocontagioso, una situación de violencia, es preciso mantener una función de vigilancia sobre la salud de personas y del entorno.

Mejorar la situación sanitaria de las PPL y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundará no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto

Para reducir el impacto de las emergencias en estos casos, es preciso contar con sistemas de vigilancia, que disparen alarmas ante la aparición de fenómenos de riesgo.

Según la OPS, un factor de riesgo es cualquier característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el peso insuficiente, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

En tanto los establecimientos de internación deberán ser organizaciones implicadas en promocionar la salud, uno de sus objetivos es el de cambiar la actitud frente a los temas relativos a la salud, que implique no sólo *tratar* problemas existentes sino también *prevenirlos*. Para hacerlo de modo efectivo, hay que proporcionar a las personas la información adecuada para la prevención de las enfermedades. Después de que ocurre un problema, es habitual oír, "Si hubiera tomado medidas antes, lo habría prevenido". Para poder lograrlo de manera efectiva, es importante entender *cuándo* y *dónde* podríamos haber tomado medidas. Por ello se necesita jerarquizar y compartir los conceptos de *factores de riesgo y de protección*.⁴⁵

Según otra definición, los factores de riesgo y de protección son aspectos del entorno o de la personalidad que hacen a la persona más propensa (factores de riesgo) o menos propensa (factores de protección) a que sufra un problema dado. Algunos factores de riesgo y de protección pueden considerarse lados opuestos de una misma moneda. Por ejemplo, un historial familiar de

⁴⁵“ Caja de herramientas comunitarias: hablar de factores de riesgo y protección” En: <http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/valoracion/obteniendo-temas-sobre-la-agenda-publica/factores-de-riesgo-y-proteccion/principal>

alcoholismo podría considerarse un *factor de riesgo* para que alguien se vuelva alcohólico, mientras que crecer en una familia con un historial distinto puede considerarse un *factor de protección*.

¿Por qué es importante que todos conozcamos los factores de riesgo y de protección? **Porque hablar de los factores de riesgo y de protección ayuda a la gente a comprender que hay algo que pueden hacer, que no es demasiado tarde y que pueden ser parte de la solución.**

Asociar la situación de salud en el ambiente penitenciario con sus respectivos factores de riesgo y de protección es una práctica imprescindible en términos preventivos: analizarlos y compartirlos contribuye a la toma de conciencia de las PPL en su autocuidado.

Unidad III.2 – Conocer la situación de salud

Hay varias formas de conocer la situación de salud en cada Unidad o centro de privación de libertad. La primera que se aplica con bastante sistema, en cumplimiento de las Reglas Mandela, es la evaluación al ingreso. Toda vez que una persona ingresa a un establecimiento, sea adulto o adolescente, varón o mujer, debe ser evaluado en su condición de salud, de la forma más integral posible, para determinar su condición, registrar sus patologías y continuar su tratamiento, identificar sus factores de riesgo para buscar minimizarlos – por ejemplo, si sufre depresión, no enviarlo solo a internación -. En el área metropolitana dicha evaluación es realizada en el servicio médico de la Cárcel Central, y sus resultados son tenidos en cuenta por la Junta de Traslado. La Historia Clínica que se genera debe viajar en forma confidencial junto al legajo de la PPL, y quedar en custodia del servicio de salud del nuevo establecimiento.

La segunda forma de identificar situaciones de riesgo o enfermedad es el control periódico de salud. Las PPL pueden permanecer uno o más años en internación, y si bien la demanda de salud, en el caso de los hombres, es mayor que en condición de libertad, suele significar una demanda por situaciones emergentes – dolor, depresión, malestares diversos -. Si no se realiza en forma periódica una evaluación más exhaustiva para despistar situaciones de interés – tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, depresión, mala alimentación, diabetes – no se actualiza la situación de salud del colectivo PPL en forma periódica.

Para realizar este control se debe contar con el apoyo de la autoridad y de operadores, para fomentar la cita programada de quienes no concurren en forma espontánea. La situación ideal es contar con un consultorio próximo al módulo o sector de internación, que facilite el acceso sin que medie traslado, y de paso, se genera la confianza con el médico de sector que va conociendo a las personas allí internadas.

Otro instrumento de abordaje de la situación de salud lo constituyen las campañas de pesquisa de determinados factores de riesgo: pesquisa de tuberculosis por medio de la baciloscopía, pesquisa de diabetes por medio de la medición del azúcar en sangre, pesquisa de enfermedades de transmisión sexual por medio de tests rápidos. La planificación de estas acciones debe contar con el respaldo de la Dirección del establecimiento, y el apoyo de los operadores / educadores, para facilitar el traslado y oficiar de buenos informantes acerca de la propuesta. Se trata de motivar para estos controles. En ningún caso se realizarán bajo presión. Las campañas de pesquisa pueden realizarse en forma concentrada en pocos días, o dilatarse en un mes o algo más, para abarcar a la mayor cantidad de población posible.

Por último, otro instrumento valioso es la encuesta o estudio epidemiológico, como fue realizado por el Proyecto “Justicia e Inclusión”, cuyos resultados se muestran en este Módulo. Las encuestas de prevalencia pueden censar a toda la población o a una muestra representativa – método de selección de muestra – y por medio de un cuestionario y también de la inclusión de analítica (examen de sangre u otro) se evalúan los principales parámetros del colectivo. Es una fotografía de la situación de salud del conjunto, obtenida en breve plazo.

Unidad III.3 – Perfil actual de salud (reciente Estudio Epidemiológico)

Se analizan brevemente los principales parámetros del Estudio Epidemiológico del Proyecto “Justicia e Inclusión”, realizado en el año 2015.

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 autoinfligidas reportado por el 18% de las PPL. El 13.2% refirió Intentos de Autoeliminación (IAE), que ascendió a 11.6% entre los adolescentes.

La marihuana y los psicofármacos fueron las sustancias psicoactivas más consumidas en el ámbito penitenciario. El 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 infección de transmisión sexual (sífilis, VIH, etc.) en los dos últimos años se presentó en el 6.5%.

Respecto a las Enfermedades no transmisibles (ENT) 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%).

Un 16% de PPL presentaron la presión arterial alta, un 3.9% diabetes y un 16% colesterol por encima de lo normal.

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**.

A modo de resumen, además de presentar enfermedades no transmisibles las PPL presentan una alta incidencia de enfermedades transmisibles vinculadas al entorno y al modo de vida.

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 | 46% | 47% | 26% | 74% |

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| días | | | | | |
| 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% |

Unidad III.4 – Salud y ambiente laboral

Las cárceles son lugares cerrados y abiertos a la vez. El personal penitenciario, que asiste y comparte espacio con las PPL, corre el riesgo de contraer enfermedades y transmitirla a personas en el exterior, o viceversa, pero también la cárcel tiene características del entorno laboral que la hacen especialmente estresante (masificación de los centros, problemas de la población atendida, escasas oportunidades y conflicto de roles, malestar ambiental, entre otros) pudiendo generar un estrés laboral ⁴⁶Los factores psicosociales en los que se encuentra inmerso pone al personal penitenciario

⁴⁶ Rodríguez Amaya, M. Síndrome de burnout en guardias penitenciarios, Bucaramanga, Colombia, 2013. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 43. Núm. 03. Julio 2014 - Septiembre 2014. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-sindrome-burnout-guardias-penitenciarios-bucaramanga-90341973>

en una situación vulnerable para su estabilidad emocional, al estar sometido a una carga de stress negativo constante.⁴⁷

El síndrome de burnout⁴⁸, también llamado síndrome del quemado o de desgaste profesional, se ha definido como una respuesta al estrés crónico y continuo en el ambiente laboral que refleja una sensación constante de agotamiento emocional y actitudes negativas hacia las personas con quienes se trabaja, sumadas a un sentimiento de ineficacia profesional.⁴⁹ Se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional y por encontrarse emocionalmente agotado. Es un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones⁵⁰

Los elementos que lo componen pueden llegar a actuar como predictores en la aparición de enfermedad en el contexto penitenciario⁵¹. Se trata de un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles (personal, social y laboral).



Fuente : Guía Sobre el Síndrome de Quemado (Burnout)⁵²

Las manifestaciones del burnout pueden ser muy variadas y poco visibles, sin embargo, algunas de las más frecuentes son: la frustración profesional, el ánimo depresivo, problemas de salud, abuso de

⁴⁷Valdez Bonilla, Heriberto. Detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco. Waxapa. Año 1, Vol. 1, No. 1 Junio-Dic 2009. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091e.pdf>

⁴⁸ En el síndrome de burnout hay unas fases claramente definidas.

- **Fase inicial:** de entusiasmo, en la cual las expectativas hacia el nuevo trabajo hacen que, incluso, prolonguen la jornada laboral, realizando guardias extra e incluso servicios voluntarios sin remunerar
- **Fase de estancamiento:** que se produce por el no cumplimiento de las expectativas en el trabajo. Se empieza a valorar la relación entre el esfuerzo y la recompensa: cuanta más carga de trabajo y menos retribuciones, menos expectativas.
- **Fase de frustración:** es la de la desmoralización o la desilusión, en la cual aparece una relación negativa en el entorno laboral y empiezan los trastornos de salud (emocionales, fisiológicos y conductuales).
- **Fase de apatía:** en esta fase aparecen problemas de conducta y de actitud, en la que se trata a los pacientes de forma desinteresada y distante. Hay una actitud de desinterés prolongado, la cual acaba perjudicando al propio servicio y crea malestar en los equipos de trabajo.
- **Fase de quemado:** se produce un colapso emocional y cognitivo, con importantes problemas de salud. Psicológicamente, surgen la frustración y la insatisfacción, con lo que se llega a dejar el trabajo de forma definitiva o por un tiempo prolongado.

⁴⁹ Quiceno, Japcy Margarita; Vinaccia Alpi, Stefano. Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología, vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, 2007, pp. 117-125 Universidad Católica de Colombia. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>

⁵⁰ Hernández, L. et al. El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario International Journal of Clinical and Health Psychology 2006, 6 (3). Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760306>

⁵¹ Bringas-Molleda C., Fernández-Muñiz A., Álvarez-Fresno E., Martínez-Cordero A., Rodríguez-Díaz F.J.. Influencia del síndrome de burnout en la salud de los trabajadores penitenciarios. Rev. esp. sanid. penit. 2015 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202015000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202015000300002>.

⁵² Unión General de Trabajadores de España. Observatorio Permanente . Riesgos sicosociales . Guía Sobre el Síndrome de Quemado (Burnout). Disponible en : <http://www.feteugt.es/Data/UPLOAD/burnout.pdf>

sustancias, relaciones interpersonales insatisfactorias y abandono emocional, así como disminución del desempeño, falta de compromiso organizacional y absentismo.

Los estudios epidemiológicos ⁵³realizados para conocer el impacto del ambiente laboral en la salud mental de trabajadores penitenciarios que por las características propias de las tareas que desempeñan requieren de un equilibrio emocional que permita respuestas adecuadas, razonadas y rápidas ante situaciones muchas veces impredecibles, han identificado diferentes factores responsables de los problemas que se generan en la relación interpersonal entre funcionarios o de éstos con los reclusos como son: comportamientos violentos entre los internos, el mantenimiento del orden y la disciplina en las dependencias, la mala organización del trabajo, o el tipo y tamaño de los centros, entre otros ⁵⁴.

La responsabilidad de reeducación y a la vez de coerción de comportamientos ilegales o inadecuados para la convivencia entre los internos, supone para el funcionario una fuente de estrés debido al permanente cambio de rol, que oscila entre la cordialidad y la rigidez en el trato con el interno.

Otra de las más repetidas fuentes de estrés entre los trabajadores penitenciarios es la falta de reconocimiento social de su labor. En un estudio epidemiológico realizado en cárceles francesas se encontró que los factores relativos a la evaluación subjetiva de las condiciones de trabajo y apoyo social estaban más estrechamente relacionados con los trastornos mentales que las propias condiciones de trabajo.⁵⁵

No existe tratamiento específico para el Burnout ni tampoco una estrategia simple de prevención. La capacitación en intervenciones psicosociales para mejorar las habilidades de rol puede tener un impacto positivo en el burnout a corto plazo⁵⁶. Estas intervenciones pueden ser, a modo de ejemplo, la promoción del apoyo social por parte del ambiente de trabajo, fomentando las relaciones interpersonales y los vínculos sociales. También la participación en acciones de promoción de salud – fomento del autocuidado – y actividades preventivas – ejemplo: participación en pesquisas de salud - tienen impacto positivo.

⁵³ Kalinsky, Beatriz. (2015). El agente penitenciario. Metodología de la investigación social en un estudio de caso en la Patagonia Norte, Argentina (2012-2014). Revista Criminalidad, 57(3), 59-73 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082015000300005

⁵⁴ Arroyo, J.Lopez, J. Problemas psicológicos y trabajo en prisión. Revista Española de Sanidad Penitenciaria Vol 6, No 2 (2004) .Disponible en : <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/262/573>

⁵⁵ Goldberg P, David S, Landre M, Goldberg M, Dassa S. Fhurer R. Work conditions and mental health among prison staff in France. Scand J Work Environ Health. 1996; 22: 45-54. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8685673>

⁵⁶ OMS. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte. Disponible en : http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

MODULO IV: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD

Unidad IV.1 – Importancia y rol de los operadores

Unidad IV.2 – Promoción de salud y prevención de enfermedad. Resiliencia.

Unidad IV.3 – Promoción de salud hacia PPL

Unidad IV.4 – Herramientas didácticas

Unidad IV.1 – Importancia y rol de los operadores

En la condición de privación de libertad se produce una concentración de enfermedades y trastornos de conducta, por la característica del encierro, y por la condición de especial vulnerabilidad de las PPL. Ofrecen por lo tanto una 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.

En muchos casos el ingreso a la prisión supone la primera toma de 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).

**Es la oportunidad de mejorar el estado de salud de las PPL,
o al menos de minimizar el riesgo de empeorarla.**

Pero, además, la población privada de libertad mantiene un gran contacto con la población general, por lo que su situación de salud impacta en la comunidad.

**Las acciones que se realicen para mejorar las condiciones de vida y salud en las
prisiones repercutirán favorablemente en la salud de la sociedad**

Para llevar a cabo la práctica del cuidado de la salud se requiere de información y de habilidades personales, y de un entorno que la promueva. En el modelo penitenciario que el país ha adoptado, con la incorporación del escalafón S en prisiones de adultos, se promueve que quien está custodiando a las PPL cumpla roles de apoyo, contención y educativos, en la medida posible, para lo cual reciben orientación básica que debe ser reforzada periódicamente.

En el caso de los educadores en centros de privación de libertad adolescente, éstos reciben orientación para apoyar a los internos, y en la nueva propuesta institucional del INISA la formación debe ser profundizada.

Son los educadores y operadores la mirada más próxima del sistema penitenciario hacia las PPL. Son quienes conocen más sus problemas y aspiraciones, intercambian tiempos y espacios variados, y se pueden convertir en referentes si se logran vínculos de respeto y empatía.

El rol de los educadores y operadores hacia el cuidado de la salud es de mucha importancia, por lo que la orientación en temas centrales de salud, conocer los principales factores de riesgo, identificar problemas de salud, apoyar la consulta periódica y jerarquizar debidamente las peticiones de

conducción son acciones inherentes a estos roles, así como contribuir al cuidado del ambiente, colaborando con el rol garante del equipo de salud.

Unidad IV.2 – Promoción de salud y prevención de enfermedad.

La promoción de la Salud ⁵⁷ es una estrategia imprescindible para proponer el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir enfermedades. Además de proponer estilos de vida saludables, aboga en favor de la creación de ambientes y entornos saludables.

Es el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y su propia salud, y en consecuencia mejorarla ⁵⁸. Consiste en lograr que la población adquiriera hábitos saludables o evitar que el medio ambiente genere condiciones para la adquisición de enfermedades.

Implica el empoderamiento del individuo y el de la comunidad: el empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones sobre su vida personal – cambio de hábitos –; el empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad⁵⁹.

En este proceso de cambio interviene la educación para la salud⁶⁰, proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y que refuerza conductas positivas.

La Educación para la Salud permite desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud.

Implica incorporar en las personas conocimientos y actitudes favorecedores de comportamientos saludables, informando y motivando a adoptar estilos de vida saludables, y promoviendo cambios ambientales que influyan positivamente en la salud, y así minimizar los riesgos para la misma.

El Educador en salud es toda aquella persona que contribuye de forma consciente o inconsciente a que las personas adopten una conducta en beneficio de su salud.

⁵⁷ Czeresnia Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cad. Saúde Pública .1999. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en

⁵⁸ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

⁵⁹ Nutbeam Don. **Glosario de Promoción de la Salud**. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. OMS. Ginebra, 1998.

⁶⁰ OMS. Educación para la salud .**Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de Salud** .Ginebra .1989.Disponible en : <http://www.who.int/iris/handle/10665/38660#sthash..JppyVNV8.dpuf>

El objetivo fundamental de la educación **es el aprendizaje**. Las personas se encuentran en un proceso continuo de educación y formación a lo largo de toda la vida. El aprendizaje no ocurre por sumatoria de informaciones sino que se construye: la persona lleva a la situación de aprendizaje todas sus experiencias, conocimientos, sentimientos, habilidades y formas de actuar respecto al tema de que se trate, y aprende a partir de todo ello, reorganizándolo y modificándolo ante las nuevas informaciones y variadas experiencias que se dan en el proceso educativo.

Los aspectos más importantes a considerar en la **educación de los adultos**⁶¹ son:

1- *Características de las personas adultas*. La persona adulta tiene múltiples conocimientos, experiencias y sentimientos sobre la mayoría de los asuntos de la vida. y se sitúa en una etapa vital determinada, caracterizada por la autonomía y la madurez, con sus roles y proyecto de vida propios.

2- *La motivación al aprendizaje*. Se basa generalmente en las necesidades o problemas específicos, requiere estima y valoración por parte de otras personas, tienen miedo al ridículo, resistencias al cambio, curiosidad limitada y mayor interés y responsabilidad sobre el tema objeto de su motivación respecto a la infancia.

¿Quién puede brindar este mensaje? Cualquier actor social, sea persona, institución o medio de comunicación. La eficacia puede variar mucho. Por tratarse de una **comunicación**, depende básicamente de 3 factores:

- del emisor del mensaje,
- del receptor del mensaje
- del medio de comunicación.

Fácilmente pueden analizarse algunas condiciones básicas requeridas por el emisor para ser mejor recibido: la empatía – capacidad de ponerse en el lugar del otro, entender en alguna medida su dificultad – y la cercanía de su status, lo que confiere mayor confianza. A modo de ejemplo, ver cómo se reproducen conductas a nivel de adolescentes.

Esto lo analizamos seguidamente en “educación entre pares”.

Los operadores y educadores conviven en alguna medida gran parte del día con las personas privadas de libertad. Esto se da sobre todo en centros pequeños, en módulos donde la planchada de convivencia acerca las PPL al operador, y en establecimientos de mínima seguridad en que la circulación de las PPL es más permitida. La generación de confianza y empatía entre operador / educador y PPL es un requisito para que los mensajes puedan resonar favorablemente, tanto en un sentido de la comunicación como en el otro. Un operador puede brindar un mensaje saludable y ser bien recibido, si antes la PPL solicitó algún apoyo y fue atendida, a modo de ejemplo.

La condición del receptor es también muy importante: todos hemos recibido mensajes de salud que no impactan en cambios, hasta que alguna alerta nos condiciona (dejar de fumar ante un infarto, por ejemplo). Por esto hay técnicas de promoción de salud basadas en la motivación: buscar en el otro una preocupación con relación al tema en cuestión, y centrarse en esa preocupación para buscar superarla. La Entrevista Motivacional o Consejo Breve de los equipos de salud para ser eficaz debe basarse en la búsqueda de motivación para el cambio. De igual modo deben ser los mensajes o consejos de operadores y educadores.

⁶¹ Gobierno de Navarra. Manual para Educación para la Salud. 2006. Disponible en : <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>

Por último, el medio de comunicación. Si bien el mensaje saludable puede transmitirse a través de la palabra oral, escrita, o por medio de la imagen, tiene más valor cuando involucra de alguna forma al receptor (ejemplo: dinámica de roles, que ayuda a la reflexión al “ponerse en el lugar de”). También vale señalar que aun cuando sea solo a través de la palabra, ésta no tiene valor si no se acompaña de mirada, gestos, que contribuyan generando empatía.

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

Las acciones preventivas son intervenciones orientadas a evitar la aparición de ciertas enfermedades, y se pueden clasificar en tres niveles: Prevención primaria, secundaria o terciaria.

La prevención primaria corresponde a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales. El objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad. (por ejemplo: vacunar).

La prevención secundaria se basa en el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, que son esenciales para controlar la enfermedad y evitar o retardar la aparición de las secuelas (por ejemplo: examen médico al ingreso, o pesquisas de enfermedades).

La prevención terciaria, una vez diagnosticada la enfermedad, busca minimizar los sufrimientos causados al perder la salud: facilitar la adaptación a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, los empujes de la enfermedad.⁶² Implica el seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente (por ejemplo: controles periódicos en personas portadoras de VIH, o con tuberculosis, etc.).

La mejora de las condiciones de salud en cada Centro exige la definición de planes de promoción y prevención. El Proyecto “Justicia e Inclusión” aporta el Plan de Promoción y Prevención 2016 – 2020,⁶³ que involucran al equipo de salud, a operadores y a autoridades. La instalación de un Grupo de Promoción de salud con referentes del equipo de salud y algunos operadores más motivados, es una herramienta de trabajo que posibilita la participación conjunta en el diagnóstico de los principales problemas de salud, qué acciones pueden ser más eficaces, cómo evaluarlas y continuarlas. A este Grupo de Promoción de cada Centro, puede invitarse a participar a PPL, según se acuerde con las autoridades.

Más allá de la implementación de este Grupo de Promoción para generar acciones conjuntas, es importante que además se avance en la **generación de una cultura de cuidado en cada Centro**, donde los mensajes de salud sean compartidos desde la máxima autoridad hasta el último custodia.

⁶² Vignolo, Julio et.al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Uruguay. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14

⁶³ Las acciones vinculadas al Plan de Promoción y Prevención 2016 – 2020, presentado en el marco del Proyecto “Justicia e Inclusión” responden a:

- fomento del autocuidado y mutuo cuidado a partir de la **promoción y protección de salud**,
- tareas de **prevención** para minimizar riesgos y detectarlos en forma oportuna, con responsabilidad específica del equipo de salud: como el fomento del control de salud, campañas de pesquisa de patologías, campañas de vacunación, cumplimiento de normas de aislamiento según corresponda. con la colaboración y la interacción de los equipos de todo el personal penitenciario que se pueda involucrar y PPL siempre que sea posible.

Es fundamental el trabajo sobre conceptos como el de **Resiliencia** en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y los factores de riesgos. Concepto para ser trabajado entre los educadores/operadores y junto a las PPL. Nos referimos a Resiliencia como la capacidad que poseen los seres humanos de superar situaciones de catástrofes vividas, pudiendo recrear su vida. El resiliente resiste y se mejora, no pierde la capacidad de fortalecerse y crece en función de lo sufrido, pudiéndole dar un nuevo sentido a su vida. Hay una capacidad de la persona para mantener su funcionamiento efectivo, frente a las adversidades del entorno.⁶⁴

Unidad IV.3 – Operadores promotores de salud

En el cambio de modelo de gestión de los centros de privación de libertad la figura del operador cobra gran importancia para generar un clima más propicio a la mejor convivencia que facilite las propuestas de rehabilitación. Los operadores han recibido orientación en derechos, en vulnerabilidades particulares de la población PPL, para acercar su comprensión y su capacidad empática en aras de facilitar diálogos significantes y consejos motivacionales.

Durante meses la figura del operador significa el “afuera” para la PPL, además de las visitas, en caso que las tenga. Toda persona tiene redes que fortalecen su sentido de pertenencia, que contribuye a su ser social; estas redes se pierden en privación de libertad, y el operador constituye un nudo importante de una nueva red que cada PPL conformará con los otros internos y también con los operadores de su módulo. No cabe duda que la calidad de comunicación que se establezca será de sumo valor para cada PPL, y la capacidad de proponer prácticas de cuidado, motivando en función de las situaciones vividas, debe ser aprovechada en forma permanente. Y debe ser reforzada con elementos formativos de promoción de salud y herramientas de educación popular.

Hacia el cambio de los establecimientos de privación de libertad en clave de “Cárcel Saludable”, varios países han instalado programas de promoción de salud, facilitando el accionar de operadores como promotores de salud, y apoyando también el involucramiento de las PPL. De hecho, en la práctica habitual de las prisiones, como en las familias y comunidades, hay PPL con voluntad de apoyar a los demás que en forma voluntaria brindan apoyo y consejo, dan información al equipo de salud sobre situaciones de riesgo, fomentan la consulta de control ante quienes no concurren con frecuencia, y también pueden brindar consejos saludables, que en la mayoría de los casos serán mejor recibidos que los proporcionados desde el equipo de salud.

La práctica de la promoción y educación para la salud exige al equipo de salud y a los operadores un rol educativo a la interna de cada Centro, identificando las necesidades de salud en cada Unidad desde una perspectiva biopsicosocial. La actividad de educación para la salud que se propone se basa en la instalación de **<Talleres de promoción de salud>**, con participación de referentes del equipo de salud y operadores promotores de salud, que instalen en cada sector, módulo o barraca, una instancia grupal de intercambio y propuestas con las PPL acerca de alguna situación preocupante en la salud de personas o entorno.

⁶⁴ Cyrulnik, Boris “Los patitos feos la Resiliencia, una infancia infeliz no determina la vida Barcelona” España. Ed. Gedisa. 2002.

Según se establece en el **Programa de Capacitación Componente 3: Educación para la salud a PPL**, los Talleres de Promoción de salud deben acordarse con la autoridad del establecimiento para que apoye su instalación y funcionamiento, al menos en los sectores de baja y mediana seguridad, repitiendo las instancias según grupos de PPL, con un máximo de 20 – 30 PPL por Taller.

De cada Taller se pretende que, además de la información básica brindada con herramientas de educación popular, se promuevan acciones a ser llevadas adelante por los propios PPL en sus sectores (juegos, distribución de folletería, de condones, videos, u otras propuestas sensibilizadoras, tipo encuestas, etc). También podrá surgir como propuesta la realización de actividades más masivas: compartir una película, armar un periódico, etc.

La gestión de los Talleres corresponde a referentes del equipo de salud junto a un grupo de operadores promotores de salud, seleccionados entre quienes realizaron el Curso de Formación en Salud en centros de privación de libertad. El resto de los operadores podrán sumarse a los Talleres de PPL para ser parte contribuyente de las actividades propuestas.

Esta actividad de promoción de salud compartida entre equipo de salud y operadores, con el apoyo de la dirección de cada Centro, significa sin duda un esfuerzo en la tarea cotidiana: implica preparación, proyecto, registro y evaluación. En Anexo se proporciona un instrumento de registro: *“Registro anual de actividades de promoción de salud”*, que contribuye a sustanciar este esfuerzo y evaluar cuántos Talleres se realizaron, los temas trabajados, los operadores y técnicos de salud participantes y las PPL que se integraron a los mismos. Esta Planilla debe entregarse a la autoridad del establecimiento, así como a los responsables sanitarios.

Más allá del esfuerzo que esta actividad implica, sus resultados contribuirán sin duda al mejor clima a la interna de los centros, a la comprensión por parte de los operadores de las demandas de atención de salud, al diálogo entre el equipo de salud y operadores, y a la certeza de estar contribuyendo a minimizar los riesgos de situaciones que pueden poner en peligro no sólo a las PPL sino a todo el personal participante.

Unidad IV.4 – Herramientas didácticas

Educar no es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por un experto sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas.

La educación para la salud busca que las personas sean capaces de tomar decisiones libres y autónomas sobre su comportamiento. Para ello comprende tres aspectos: informativo (se generan conocimientos), motivacional (se generan actitudes proclives a un cambio de comportamiento) y persuasivo (afectan directamente al comportamiento).

Existen diferentes tipos de recursos didácticos que facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje.

- *Material impreso*: emplea en mayor proporción la comunicación escrita (ejemplo: folletos, revistas, artículos...)
- *Material visual*: expresa mensajes a través de imágenes, incluido los que se combinan con la palabra escrita y con objetos reales (posters, dibujos, esquemas...)

- *Material sonoro*: apela en forma predominante al sentido del oído de las y los destinatarios, transmitiendo un mensaje o contenido educativo (ejemplo: radio, grabaciones, canciones...).
- *Material audiovisual*: combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos
- *Otros*: objetos reales, materiales con soporte computarizado, material deportivo...

Tipos de intervención en promoción y educación para la salud

Se señalan los siguientes tipos de intervención en promoción de salud:

- 1- Consejo breve
- 2- Información y comunicación
- 3- Educación grupal o colectiva
- 4- Intervenciones de promoción de salud

Se describen las mismas, con mayor detenimiento en el consejo breve, apto para ser manejado con alguna eficiencia por cualquier persona si se tiene en cuenta las consideraciones siguientes:

1- Aplicación del consejo breve⁶⁵

Es una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio aprovechando la oportunidad de una demanda o solución a determinados problemas. Jerarquiza la toma de decisión de las personas, asume que un consejo breve puede contribuir a precipitar el cambio, y destaca que la motivación es el resultado de una relación interpersonal (importancia de la empatía). En particular puede ser aplicado por el equipo de salud, **pero no es exclusiva del mismo, también operadores y educadores pueden identificar una situación negativa para la salud, y proporcionar intervenciones efectivas.**

Se puede seguir los siguientes pasos:

a-Preguntar: La identificación del factor de riesgo para la salud puede surgir a partir del interrogatorio o de cualquier otra circunstancia que permita conocer el motivo, lo que orienta la posible intervención que se puede realizar.

Las preguntas posibilitan que la persona, antes de recibir la información, piense un poco sobre sí misma y su situación lo cual facilita la asimilación de la información, permitiendo ofrecer una información más personalizada, precisa y adecuada a las necesidades.

Las preguntas pueden ser abiertas como por ejemplo:

- ✓ ¿qué cosas son las que más te preocupan ahora respecto a tu salud?
- ✓ ¿cómo te planteas la prevención de las enfermedades de transmisión sexual?

Las preguntas permiten reconocer si la persona reconoce su problema, o si aún no lo ha identificado. En este último caso, la estrategia de motivación es diferente, ya que para cambiar conductas se debe partir de identificar alguna preocupación con relación al problema de salud.

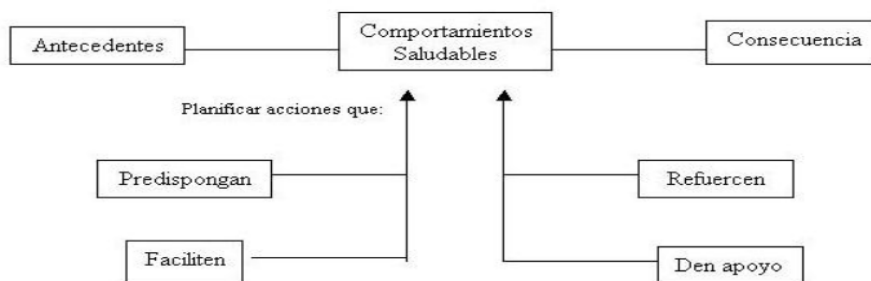
⁶⁵Manual de Educación para la Salud. Pamplona: Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública .2006. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>

b. Aconsejar y motivar: El consejo debe ser sencillo, breve y personalizado, teniendo en cuenta la edad, género, motivación, conocimientos previos, nivel cultural, necesidades. La información deberá ser exacta y adecuada a la certeza científica del momento, expresada de forma práctica, comprendida, verificando su claridad y comprensión.

- Se trata de establecer un feed-back que permita partir de lo que la persona ya conoce: “si te parece primero comenta lo que sabes o lo que te preocupa y luego te comento yo algunas cosas más,
- proporcionar espacio para las dudas “¿quieres que comentemos algo más?” “Piensa si tienes alguna duda y la vemos”.

Es muy importante la motivación positiva: valorar, animar, reforzar, reconocer, así como expresar confianza en su decisión y sus posibilidades de cambio. Existe certeza de que el consejo es más eficaz si se desarrolla en un marco de relación de respeto, aceptación y empatía, y estableciendo un proceso de comunicación - escuchando y emitiendo -, siendo conscientes de que siempre se emiten mensajes verbales y no verbales.

Esto permite que la persona que recibe el consejo movilice sus propios recursos y tome sus decisiones.



Las acciones de la Educación para la Salud deben reforzar, apoyar, facilitar y predisponer hacia comportamientos saludables, teniendo presente siempre los antecedentes y consecuencias que puedan acarrear ⁶⁶.

c. Apoyar y si es posible acompañar durante el proceso de cambio, con aporte de materiales de apoyo. Una de las actuaciones más valoradas por las personas es la de felicitarles cuando cumplen con los objetivos; esto eleva su autoestima y refuerza la confianza en el éxito. Para introducir modificaciones en los estilos de vida es útil pensar y analizar la propia situación, cómo son los estilos de vida propios, cuáles sería conveniente cambiar, buscar alternativas, elegir la alternativa más factible y que mejor encaje. Hacerse un plan y llevarlo a cabo.

Dada la brevedad del consejo, la posibilidad de entrega de un folleto, u otro tipo de Material informativo - educativo, facilita el mensaje y permite retomarlo en otro momento

El Material puede únicamente entregarse, pero resulta más eficaz explicarlo, manipularlo (señalar la información más importante para su situación, añadir información)

Si la persona siente la necesidad de cambio, lo ha pensado, tiene recursos, un consejo puede conducir al cambio. En otras ocasiones es necesario ofertar apoyo para profundizar y ampliar

⁶⁶ Tejeiro Nuria. Cómo elaborar un programa de educación para la salud. Universidad Alfonso X el Sabio. Madrid 2004. Disponible en <http://www.uax.es/publicacion/como-elaborar-un-programa-de-educacion-para-la-salud.pdf>

las actividades de información, proponiendo intervenciones más intensivas de educación individual o grupal.

También hay que tener en cuenta los momentos en que no caben los consejos de salud:

Cuando la persona:

- ✓ no desea participar en el proceso.
- ✓ se encuentra en un estado emocional alterado
- ✓ se encuentra muy enfermo o malherido para comprender el proceso
- ✓ se encuentra en un elevado estado de intoxicación (alcohol, drogas o medicamentos).

Ejemplos sobre consejos

Consejo para dejar de fumar

“¿Fuma?”

“Para su salud es importante que deje de fumar. ¿Ha pensado en dejarlo?”

“Este folleto trata del Dejar de fumar. Leerlo quizá le ayude”

“Si necesita ayuda podemos quedar en otra consulta. Además en el centro se ofertan varias consultas individuales de enfermería o talleres con grupos para trabajar el tema”.

Consejo alimentario

“La alimentación tiene una gran influencia en la salud ¿cómo es tu dieta?”

“En tu caso, una alimentación menos grasa puede reducir el riesgo de enfermedades del corazón ¿podrías intentarlo?”

“En este folleto encontrarás informaciones para valorar y decidir algunos cambios”

“Si tienes dudas podemos quedar para verlas más despacio”

Consejo de uso del preservativo

“¿Tienes relaciones sexuales de penetración?”

Para la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexuales y para evitar embarazos no deseados es importante usar preservativo en todas las relaciones sexuales esporádicas ¿Te lo has planteado? ¿Cómo lo ves?”

“En este folleto encontrarás información sobre la conveniencia y medidas de prevención. Si quieres que hablemos más sobre el tema puedes pedir cita cuando quieras”

Consejo de ejercicio físico

“¿Hace ejercicio físico?”

“Le conviene hacer todos los días 30 minutos de ejercicio físico ¿lo ve posible?”

“Aquí encontrará informaciones sobre el ejercicio físico que mejora la salud. Le propongo que lo lea y piense si puede mejorar algo”.

“Cualquier duda que tenga la podemos comentar en la consulta”

2 - Información y comunicación:

Incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, boletines, carteles, murales, videos...) La ventaja de estas técnicas es que pueden llegar a un grupo muy amplio de la población y que la repetición del mismo puede permitir captar el interés o sensibilizar en un tema determinado.

Tiene el inconveniente que al no permitir la interrelación entre el emisor y el receptor, se puede crear una polarización frente a un mensaje (a favor o en contra), no se pueden aclarar dudas ni se pueden neutralizar los conceptos o creencias erróneas, por lo que este tipo de técnicas siempre han de estar apoyadas por una actividad educativa más socializada.

3-Educación grupal o colectiva

Son una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de personas, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. En la práctica de salud en centros de privación de libertad, puede abordarse un grupo en la sala de espera para reflexionar sobre algún tema de salud. Esta técnica es la que se utiliza en el Grupo de Promoción de Salud, para orientar a las PPL participantes y operadores.

La intervención grupal puede incluir diversas técnicas generando un ambiente colaborativo: lluvia de ideas, juegos, entrevistas para conocer las opiniones de otros internos, discusiones de grupo, juegos de roles, armado de cartelería, debate y discusión así como comentarios relativos a experiencias personales, y utilización de recursos materiales (dibujos, lectura, videos, folletos, música).

4-Intervención de Promoción de salud

Se trata de acciones específicas y planificadas, son en general demostrativas buscando generar un impacto, o establecer una abogacía ante la autoridad. Por ejemplo, ante una situación de falta de higiene, una intervención demostrativa puede ser una jornada de limpieza, con amplia participación, intercalando mensajes y propuestas. Una acción de abogacía puede ser redactar una carta a la autoridad para conseguir mejores recursos de alimentación.

Los diferentes tipos de intervención pueden desarrollarse de forma separada o combinadas, dirigidas tanto a las personas como al entorno.

Acerca de los contenidos de la Educación para la Salud

Los contenidos de la Educación para la Salud dependerán de la situación de salud en cada UIPL y la existencia de comportamientos y estilos de vida beneficiosos y perjudiciales. En condición de internación, donde hay tantos factores de riesgo y problemas de salud, el consejo personal debe priorizar la situación que más preocupe a la persona inicialmente, y en segundo lugar la que más preocupe al equipo de salud.

La intervención hacia un colectivo, sea educación grupal, o intervenciones de promoción por parte del Grupo de Promoción de salud, también debe priorizar mensajes, según se analice cuál es el prevalente en cada Unidad, pero que a su vez signifique una preocupación para los internos.

En caso de que la mayor preocupación de las PPL no sea coincidente con la del equipo de salud, podrá establecerse un mensaje doble, iniciando la actividad con la preocupación dominante entre los internos, ya que estarán sensibilizados para recibir consejo sobre ésta.

Recordar que no se trata de prescribir comportamientos sino de promoverlos, a partir de las fortalezas y posibilidades reales de aplicación del colectivo. Se trata de facilitar que las personas conozcan la situación en la que se encuentran y hablen de ella. Y para eso, hay que *ayudar a pensar*, más que decirles lo que tienen que hacer⁶⁷.

⁶⁷Riquelme Pérez M.. Metodología de educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011>.

Técnicas educativas más utilizadas en educación para la salud grupal

Se describen en forma breve las técnicas más conocidas vinculadas a la investigación, al análisis, a la exposición, al desarrollo de habilidades.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

| Técnica | Descripción | Utilidad | Limitaciones |
|-------------------|---|---|--|
| Tormenta de ideas | Se pide al grupo que en una o dos palabras expresen una idea o significado que para ellas y ellos tienen una palabra o frase dada: "cuidarse" Se recoge la información y se devuelve al grupo un resumen de las aportaciones | Más útil para trabajar actitudes, sentimientos, creencias, etc., que conocimientos Se puede utilizar con el grupo grande (todo el grupo) | Contacto superficial con el tema (pocas palabras) Tiempo pequeño |
| Phillips 66 | Se propone al grupo que se divida en grupos pequeños de 6 personas y que durante 6 minutos expresen ideas sobre un tema: el estrés, fumar... Después se realiza una puesta en común El educador al final sistematiza y devuelve al grupo las aportaciones | Más útil para trabajar actitudes, sentimientos, creencias, etc., que conocimientos | Contacto y consciencia mayor sobre el tema (una idea por persona en 1 mn) Tiempo mayor ++ |

TÉCNICAS DE ANÁLISIS

| Técnica | Descripción | Utilidades | Limitaciones |
|-----------|--|--|--|
| Discusión | Se plantea al grupo una discusión (libre, estructurada, en bandas...), centrada en cuestiones o preguntas y generalmente en agrupaciones más pequeñas Puesta en común y discusión Resumen y conclusiones | Su objetivo es profundizar sobre el tema de que se trate | Se discute sobre la propia realidad del grupo La profundidad en el análisis a veces es mejor que con el caso y el análisis de texto |

TÉCNICAS EXPOSITIVAS

| Técnica | Descripción | Utilidades | Limitaciones |
|-----------------------|---|--|--|
| Charla-coloquio | Se presenta y expone un tema, teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo Se discute de forma libre o estructurada (las y los participantes a nivel individual, parejas, grupos... piensan y plantean dudas, comentarios, etc.) | Suele ser útil el uso de recursos didácticos como apoyo Grupo grande | No sirve para trabajar temas del área afectiva y de las habilidades, tampoco para la búsqueda de soluciones a los problemas planteados al igual que el resto de estas técnicas |
| Lectura con discusión | Se les propone que de forma individual lean un documento escrito (folleto, artículo, fichas...) con información sobre un tema y luego, si procede, discutan en pequeños grupos sobre dicha información Puesta en común y discusión en grupo grande | El grupo tiene más autonomía para obtener conocimientos que en la charla | Necesita más tiempo que la charla-coloquio. A veces es difícil encontrar el documento adecuado No sirve si el grupo no sabe leer |
| Video con discusión | Se les pide atención a un video que expone información sobre un tema A continuación o a intervalos se plantea un coloquio sobre lo que se ha escuchado | Posibilita la variación de técnicas expositivas. Suele resultar motivadora para los participantes | A veces es difícil encontrar un video con las informaciones útiles para el grupo Necesita aparato y pantalla |
| Lección participada | Primero se les plantea que expresen sus conocimientos previos sobre un tema y posteriormente se realiza una exposición sobre el mismo, completando la información que ha salido Se finaliza con una discusión, dudas... | Está indicada cuando se cree que el grupo ya tienen algunos conocimientos sobre el tema | Necesita más tiempo que la charla-coloquio Requiere de un clima muy tolerante por parte del educador; de lo contrario suena a examen |

TÉCNICAS DE DESARROLLO DE HABILIDADES

| Técnica | Descripción | Utilidad | Limitaciones |
|---------|-------------|----------|--------------|
|---------|-------------|----------|--------------|

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| <i>Rol playing</i> | Se explica una habilidad social Una pareja o una parte del grupo trata de aplicarla en una escenificación de roles El resto observa su desarrollo, generalmente con un guión Puesta en común, sobre lo observado respecto al modelo teórico y su aplicación real | Su objetivo es el desarrollo a nivel profundo de habilidades sociales Permite el entrenamiento progresivo, haciendo la técnica varias veces, en distintas situaciones | Tiempo largo Es necesario utilizarla después de otras técnicas Requiere educadores hábiles en su gestión |
|--------------------|---|--|--|

Siendo el juego de roles una técnica que ofrece instancias entretenidas, participativas y que suele apoyar la reflexión sobre las prácticas, se realiza una descripción más exhaustiva.

El *Role-Playing* o *juego de roles* o *dramatización* es una técnica grupal que se caracteriza por la representación espontánea, en forma dramatizada, de una situación o tema definido. Como en términos generales genera instancias entretenidas, no debe perderse la finalidad de esta técnica que es enseñar conocimientos o practicar habilidades o actitudes.

En concreto, los participantes simulan el papel de actores, recreando situaciones de la vida real, que se observan, se analizan, se discuten. Se basa en la espontaneidad, no requiriendo guiones escritos, ni memorización ni coreografías.

Ventajas de la técnica:

- a) Permite a los participantes la expresión espontánea de situaciones reales: problemas, necesidades, temores, aspiraciones.
- b) Permite practicar destrezas aprendidas
- c) Permite expresar actitudes y valores.
- d) Es una tarea de equipo, en la que todos deben de contribuir: como actores u observadores.
- e) Permite evaluar lo aprendido

Limitaciones:

- a) no todas las personas están dispuestas a participar: timidez, resistencia a ser expuestas; o por el otro lado existe sobreactuación
- b) no todos los temas se prestan para una dramatización: introducción de conocimientos y destrezas totalmente nuevas para la audiencia.
- c) Puede “herir” sentimientos de algunas personas del grupo, que por alguna circunstancia se sientan aludidas
- d) Puede ser usada por algunos para expresar quejas y generar conflictos en el grupo.

Ejemplo de prevención de enfermedad o daño en el medio penitenciario

El medio penitenciario presenta unas peculiaridades que lo hacen especialmente vulnerable a la conducta suicida (OMS, 2000):

Los centros penitenciarios son lugares donde viven personas que tradicionalmente han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio: hombres o mujeres jóvenes, con enfermedad mental, aislados socialmente, que abusan de las drogas y que han intentado suicidarse en el pasado.

El impacto psicológico del encarcelamiento o el estrés diario asociado a la vida en prisión puede sobrepasar las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.

El factor de encarcelamiento multiplica la tasa de suicidio en todos los países y constituye una causa común de muerte en prisión. Tal situación, de máxima gravedad a nivel médico, también puede cuestionar responsabilidades profesionales e institucionales ⁶⁸La conducta suicida de las PPL significa un evento estresante para los internos y también para el personal penitenciario. El suministro de servicios adecuados

⁶⁸ Barrios Flores LF. El suicidio en Instituciones Penitenciarias I. Responsabilidad institucional. Rev Esp Sanid Penit 2001. Disponible en : <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/218/484>

para la prevención e intervención del suicidio es beneficioso tanto para las PPL en custodia también para la institución en la que se ofrecen los servicios.⁶⁹

El momento del ingreso en un establecimiento penitenciario español se realiza la detección de posibles factores de riesgo o conductas suicidas, pero también, durante la estancia en prisión, **las PPL son observados por cualquiera de los trabajadores penitenciarios en los distintos ámbitos en que desarrollan sus actividades, que ponen en conocimiento cualquier información relevante al respecto.** Es responsabilidad **de todo el personal** de la Administración Penitenciaria el **detectar cualquier posible conducta suicida.** Sin embargo, a veces no existen procedimientos formales para identificar atender o apoyar a internos con riesgo de suicidio.

Cuando así lo aconsejan los informes psicológicos y psiquiátricos de un interno con un perfil o situación concreta y que tiene riesgo de quitarse la vida dentro de la prisión se aplica un protocolo. En el momento que se activa, el interno no puede pasar tiempo solo. Siempre ha de estar vigilado, en todo momento. Se les intenta integrar en las actividades propias de la prisión para realizar una tarea de integración necesaria. Además de la vigilancia constante, se le proporciona apoyo psicológico o psiquiátrico e incluso la receta de fármacos.

Puede ser vigilado por tres de sus pares habitualmente con buen comportamiento que le den apoyo durante las 24 horas del día vigilando toda la actividad evitando que pueda autolesionarse o quitarse la vida.⁷⁰

ANEXOS

Anexo I: Registro anual de actividades de promoción de salud

Anexo II: Planilla de vigilancia ambiental (a completar por el equipo de salud)

Anexo III: Derechos de Salud y Reglas de Mandela

⁶⁹OMS. Prevención Del Suicidio en Cárceles y Prisiones. 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf

⁷⁰<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/prevencionSuicidios.html>

Anexo I

REGISTRO ANUAL DE ACTIVIDADES DE PROMOCION DE SALUD

UNIDAD DE INTERNACION

AÑO

Realización de Talleres de Promoción de salud, sus participantes y actividades

| Fecha | Módulo / Sector | Tema abordado | Participación por Equipo de salud Cantidad y nombres | Participación de Operadores Cantidad y nombre | PPL participantes Cantidad y nombre | Actividades realizadas |
|-------|------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|---------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Total de talleres en el año | Temáticas totales abordadas | Total de participantes del equipos de salud | Total de operadores participantes | Total de PPL participantes | Acciones cumplidas |
| | | | | | | |

Responsables del Taller de Promoción:

PLANILLA DE VIGILANCIA AMBIENTAL
Equipo de salud en cumplimiento de REGLAS MANDELA

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 realizada por



Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos

Reglas Nelson Mandela

Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas
17 de diciembre de 2015

Alojamiento

Regla 12

1. Cuando los dormitorios sean celdas o cuartos individuales, cada uno de estos será ocupado por un solo recluso. Si por razones especiales, como el exceso temporal de población reclusa, resulta indispensable que la administración penitenciaria central haga excepciones a esta regla, se evitará alojar a dos reclusos en una celda o cuarto individual.

2. Cuando se utilicen dormitorios colectivos, estos los ocuparán reclusos que hayan sido cuidadosamente seleccionados y reconocidos como aptos para relacionarse entre sí en esas condiciones. Por la noche se les someterá a una vigilancia regular, adaptada al tipo de establecimiento de que se trate.

Regla 13

Los locales de alojamiento de los reclusos, y especialmente los dormitorios, deberán cumplir todas las normas de higiene, particularmente en lo que respecta a las condiciones climáticas y, en concreto, al volumen de aire, la superficie mínima, la iluminación, la calefacción y la ventilación.

Regla 14

En todo local donde vivan o trabajen reclusos:

- a) Las ventanas serán suficientemente grandes para que puedan leer y trabajar con luz natural y estarán construidas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial;
- b) La luz artificial será suficiente para que puedan leer y trabajar sin perjudicarse la vista.

Regla 15

Las instalaciones de saneamiento serán adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno y en forma aseada y decente

Regla 16

Las instalaciones de baño y de ducha serán adecuadas para que todo recluso pueda bañarse o ducharse, e incluso pueda ser obligado a hacerlo, a una temperatura adaptada al clima, y con la frecuencia que exija la higiene general según la estación y la región geográfica pero al menos una vez por semana en climas templados.

Regla 17

Todas las zonas del establecimiento penitenciario que frecuenten los reclusos deberán mantenerse limpias y en buen estado en todo momento.

Higiene personal

Regla 18

1. Se exigirá de los reclusos aseo personal y, a tal efecto, se les facilitará agua y los artículos de aseo indispensables para su salud e higiene.
2. A fin de que los reclusos puedan mantener un aspecto decoroso que les permita conservar el respeto de sí mismos, se les facilitarán medios para el cuidado del cabello y de la barba y para que puedan afeitarse con regularidad.

Ropas y cama

Regla 19

1. Todo recluso a quien no se permita vestir sus propias prendas recibirá ropa apropiada para el clima y suficiente para mantenerse en buena salud. Dicha ropa no podrá ser en modo alguno degradante ni humillante.
2. Toda la ropa se mantendrá limpia y en buen estado. La ropa interior se cambiará y lavará con la frecuencia necesaria para cuidar la higiene.
3. En circunstancias excepcionales, cuando el recluso salga del establecimiento penitenciario para fines autorizados, se le permitirá que use sus propias prendas o algún otro vestido que no llame la atención.

Regla 20

Cuando se autorice a los reclusos a vestir su propia ropa, se tomarán disposiciones en el momento de su ingreso en prisión para asegurar que la ropa se mantenga limpia y en buen estado.

Regla 21

Todo recluso dispondrá, de conformidad con los usos locales o nacionales, de una cama individual y de ropa de cama individual suficiente, entregada limpia, mantenida convenientemente y mudada con regularidad a fin de asegurar su limpieza.

Alimentación

Regla 22

1. 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.
2. Todo recluso tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite.

Ejercicio físico y deporte

Regla 23

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 reclusos 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.

Condiciones de reclusión

Regla 42

Las condiciones de vida generales a las que se hace referencia en las presentes reglas, incluidas las relativas a la iluminación, la ventilación, la climatización, el saneamiento, la nutrición, el agua potable, el acceso al aire libre y el ejercicio físico, la higiene personal, la atención de la salud y un espacio personal suficiente, se aplicarán a todos los reclusos sin excepción.

Servicios médicos

Regla 24

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.
2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.

Regla 25

1. Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación.
2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado.

Servicios médicos (cont)

Regla 26

1. El servicio de atención de la salud preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos, y se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico.
2. En caso de traslado de un recluso, su historial médico se remitirá a los servicios de atención de la salud de la institución receptora y permanecerá sujeto al principio de confidencialidad médica.

Regla 27

1. Todos los establecimientos penitenciarios facilitarán a los reclusos acceso rápido a atención médica en casos urgentes. Los reclusos que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladados a establecimientos especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los reclusos que les sean remitidos.
2. Solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones.

Regla 28

En los establecimientos penitenciarios para mujeres habrá instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después. En la medida de lo posible, se procurará que el parto tenga lugar en un hospital civil. Si el niño nace en prisión, no se hará constar ese hecho en su partida de nacimiento.

Regla 29

1. Toda decisión de permitir que un niño permanezca con su madre o padre en el establecimiento penitenciario se basará en el interés superior del niño. Cuando los niños puedan permanecer con su madre o padre, se tomarán disposiciones para:
 - a) Facilitar servicios internos o externos de guardería, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por su madre o padre;
 - b) Proporcionar servicios de atención sanitaria especiales para niños, incluidos servicios de reconocimiento médico inicial en el momento del ingreso y servicios de seguimiento constante de su desarrollo a cargo de especialistas.
2. Los niños que vivan en el establecimiento penitenciario con su madre o padre nunca serán tratados como reclusos.

Servicios médicos (cont)

Regla 30

Un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario. Se procurará, en especial:

- a) Reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento;
- b) Detectar los malos tratos que los reclusos recién llegados puedan haber sufrido antes de su ingreso;
- c) Detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y el síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, medicamentos o alcohol, y aplicar todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda;
- d) Facilitar a los reclusos de quienes se sospeche que sufren enfermedades contagiosas aislamiento médico y un tratamiento apropiado durante el período de infección;
- e) Determinar la capacidad física de cada recluso para trabajar, hacer ejercicio y participar en otras actividades, según corresponda.

Regla 31

El médico o, cuando proceda, otros profesionales de la salud competentes, tendrán acceso diario a todos los reclusos enfermos, a todos los que afirmen padecer enfermedades o lesiones físicas o mentales y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. Todos los exámenes médicos se llevarán a cabo con plena confidencialidad.

Regla 32

1. La relación entre el médico u otros profesionales de la salud y los reclusos estará determinada por las mismas normas éticas y profesionales que se apliquen a los pacientes en la comunidad exterior, en particular:

- a) La obligación de proteger la salud física y mental de los reclusos y de prevenir y tratar las enfermedades exclusivamente por razones clínicas;
- b) El respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y el consentimiento informado como base de la relación entre médico y paciente;
- c) La confidencialidad de la información médica, a menos que mantenerla pueda dar lugar a una situación de peligro real e inminente para el paciente o para terceros;

d) La prohibición absoluta de participar, activa o pasivamente, en actos que puedan constituir tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, incluidos experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para la salud del recluso, como la extracción de células, tejido u órganos.

2. Sin menoscabo de lo dispuesto en el párrafo 1 d) de esta regla, se podrá permitir que los reclusos, previo consentimiento suyo libre e informado, y de conformidad con la legislación aplicable, participen en ensayos clínicos y en otro tipo de investigaciones médicas accesibles a nivel de la comunidad si se prevé que reportarán un beneficio directo y apreciable para su salud, y donen células, tejido y órganos a un familiar.

Regla 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 reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión.

Regla 34

Si los profesionales de la salud, al examinar a un recluso en el momento de su ingreso en prisión o al prestarle atención médica posteriormente, se percatan de algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, deberán documentar y denunciar esos casos ante la autoridad médica, administrativa o judicial competente.

Se seguirá el procedimiento de seguridad apropiado para no exponer al recluso o a sus allegados a los peligros que pudieran correr el riesgo de sufrir.

Regla 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.

Servicios médicos (cont)

Regla 46

1. El personal sanitario no desempeñará ningún papel en la imposición de sanciones disciplinarias u otras medidas restrictivas. Prestará, en cambio, particular atención a la salud de todo recluso sometido a cualquier régimen de separación forzosa, por ejemplo visitándolo a diario y proporcionándole con prontitud atención y tratamiento médicos si así lo solicita el propio recluso o el personal penitenciario.
2. El personal sanitario comunicará al director del establecimiento penitenciario, sin dilación, todo efecto desfavorable en la salud física o mental del recluso de las sanciones disciplinarias u otras medidas restrictivas que se le hayan impuesto, y le hará saber si considera necesario que se interrumpan o modifiquen dichas sanciones o medidas por razones de salud física o mental.
3. El personal sanitario estará facultado para examinar las condiciones de separación forzosa de un recluso y recomendar los cambios que correspondan con el fin de velar por que dicha separación no agrave la enfermedad o la discapacidad física o mental del recluso.



Derechos Humanos

LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS PRISIONES

**Manual de bolsillo de
normas internacionales de
derechos humanos para
funcionarios de instituciones
penitenciarias**



Serie de
capacitación
profesional N.º

11
Ad. 3

NACIONES UNIDAS
Nueva York y Ginebra, 2005

NORMAS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS PARA FUNCIONARIOS DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

I. Principios generales

Las normas internacionales de derechos humanos obligan a todos los Estados y a sus agentes, incluidos los funcionarios de prisiones

.Los derechos humanos son objeto legítimo del derecho internacional y del escrutinio de la comunidad internacional

Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley están obligados a conocer y a aplicar las normas internacionales de derechos humanos

LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS PRISIONES

Derechos de los reclusos en materia de salud

Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

- ✓ Es requisito básico que toda persona detenida o presa sea sometida a un examen médico con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión
- ✓ Cualquier tratamiento médico necesario se ofrecerá en forma gratuita
- ✓ El recluso tendrá derecho en general a solicitar una segunda opinión médica
- ✓ Los reclusos y todos los detenidos tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
- ✓ Los reclusos tendrán libre acceso a los servicios de salud de que disponga el país
- ✓ Las decisiones acerca de la salud de un recluso solamente serán adoptadas por razones médicas por personas debidamente calificadas
- ✓ El médico tiene la importante responsabilidad de lograr que se satisfagan las normas de salud adecuadas. Puede hacerlo efectuando inspecciones periódicas y asesorando al director de la prisión acerca de la calidad de la alimentación, el agua, la higiene, la limpieza, el saneamiento, la calefacción, la iluminación, la ventilación, el vestido, la ropa de cama y las oportunidades de ejercicio
- ✓ Toda prisión deberá tener instalaciones de salud y personal médico adecuados para proporcionar toda una gama de servicios, tales como atención dental y psiquiátrica. Los reclusos enfermos que no pudieran recibir tratamiento en la cárcel, tales como los que adolezcan de enfermedades mentales, deberán ser trasladados a un hospital civil o un hospital penitenciario especializado
- ✓ Todo recluso deberá poder utilizar los servicios de un dentista calificado
- ✓ Toda prisión dispondrá de un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuera necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales
- ✓ Los reclusos alienados no deberán ser reclusos en prisiones, sino que se los trasladará lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales
- ✓ Los reclusos que sufran otras enfermedades mentales deberán ser tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos
- ✓ Durante su permanencia en la prisión, los reclusos alienados y enfermos mentales estarán bajo la vigilancia especial de un médico
- ✓ Es importante que la atención de salud de los reclusos esté en manos de por lo menos un médico calificado
- ✓ El personal médico tiene el deber de proporcionar a las personas presas o detenidas el mismo nivel de calidad de tratamiento que se brinda a las personas que no están presas o detenidas
- ✓ La responsabilidad primordial del personal de salud es proteger la salud de todos los reclusos
- ✓ El personal de salud no cometerá ni dará su permiso para que se cometa ningún acto que pudiera perjudicar la salud de los reclusos
- ✓ Todos los reclusos dispondrán de instalaciones sanitarias limpias para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en forma aseada y decente y mantener su higiene general y un buen aspecto
- ✓ Todos los reclusos deberán disponer, si el tiempo lo permite, de por lo menos una hora al día de ejercicio físico

