

Estrategia de Atención Integral, Promoción y Prevención en los centros de privación de libertad. Uruguay 2016



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

PROGRAMA DE



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”

***Estrategia de Atención Integral, Promoción y
Prevención en los centros de privación de libertad.***

Uruguay 2016



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, Vivas Temesio P, coord. Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad: estrategia de atención integral en el sistema de atención a la salud de adultos y adolescentes en centros de privación de libertad, Uruguay 2016: parte I. Montevideo: OPP, 2016. 103 pág.

1. Prestación Integrada de Atención de Salud. 2. Prisiones-tendencias. 3. Adolescente. 4. Adulto. 5. Instalaciones para Atención de Salud, Recursos Humanos y Servicios. 6. Promoción de la Salud. 7. Programas Nacionales de Salud 8. Uruguay-epidemiología

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Vivas Temesio P, coord. Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad: plan integral de promoción y prevención de salud en centros de privación de libertad: Uruguay 2016–2020: parte II. Montevideo: OPP, 2016. 36 p.

- 1- Prestación Integrada de Atención de Salud. 2. Prisiones-tendencias. 3. Adolescente. 4. Adulto. 5. Promoción de la Salud. 6. Programas Nacionales de Salud. 7. Uruguay

ISBN: 978-9974-7945-9-7

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.807 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)



**Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"**



El Programa de Justicia e Inclusión busca contribuir a la mejora del sistema de justicia penal a través de dos líneas centrales de trabajo: por una parte, promoviendo las reformas del Código del Proceso Penal y del Código Penal y su posterior aplicación; y por otra, fortaleciendo el proceso de reforma penitenciaria en el sistema de adultos y la reforma institucional en el sistema de adolescentes, con vistas a contribuir a la mejora de las condiciones de vida y condiciones de egreso de las personas que, habiendo infringido la ley penal, cumplen procesos y condenas establecidos por la justicia, en un marco respetuoso con la protección de los Derechos Humanos.

En tal sentido, los objetivos del Programa se dirigen a favorecer la reforma integral de la política de justicia penal; contribuir a la mejora de las condiciones de vida de personas privadas de libertad, adultas y adolescentes, con especial atención a las áreas de salud, educación y trabajo, promoviendo la inclusión social; y mejorar el trato y la convivencia en los centros de privación de libertad, mediante la capacitación y formación continua de los funcionarios a cargo, a fin de colaborar en la disminución de la violencia y adecuar las prácticas a los estándares internacionales en esta materia.

El Programa de Justicia e Inclusión -Convenio de financiación DCI-ALA/2011/22498)- 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, ejecutado entre los años 2011 y 2016.. Su presupuesto asciende a cinco millones de euros donados por la Unión Europea.

Para concretar las acciones, el Programa de Justicia e Inclusión interactúa con todos los poderes del Estado -Legislativo, Judicial y Ejecutivo-. En forma específica, dentro del Ejecutivo, participan: Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, Administración de Servicios de Salud del Estado, la Administración Nacional de Educación Pública, Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (ex SIRPA) y Secretaría Nacional de Drogas.

Participan también en la ejecución de la acción la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Panamericana de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo junto a la Corporación Nacional para el Desarrollo. Este acuerdo multilateral entre organismos públicos y de cooperación internacional ha permitido sumar la experiencia específica de cada una de las agencias implicadas y genera sinergias con otras experiencias de cooperación internacional en relación con el sistema de justicia penal.

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto, en su rol coordinador, contribuye al proceso de reforma del sistema de justicia penal con una mirada transversal de las políticas de Estado, apoyando el diseño e implementación de las acciones integrales y las reformas institucionales que implica este proceso, desde el momento en que el Parlamento estudia y dicta la norma, hasta la ejecución de los programas de educación y salud en cárceles, pasando por todo el proceso penal conforme a la protección integral de los Derechos Humanos.

El trabajo que aquí se presenta desarrollado bajo el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) es un aporte para el diseño de una estrategia integral de atención, promoción y prevención de la salud en los centros de internación de personas privadas de libertad.

Juan Fernández Trigo

Embajador de la Unión Europea
en Uruguay

Pablo Álvarez

Coordinador General de la Oficina de
Planeamiento y Presupuesto
Coordinador del Programa de Justicia
e Inclusión

SUMARIO

PARTE I. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE ADULTOS Y ADOLESCENTES EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD. URUGUAY 2016

1. RESUMEN EJECUTIVO
2. ESTRUCTURA DEL INFORME
3. GENERALIDADES DEL PROYECTO
4. INTRODUCCIÓN
5. EL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
6. MODELO DE ATENCIÓN
7. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN, SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
8. MARCO INSTITUCIONAL Y GOBERNANZA
9. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA
10. PROCESO DE ATENCIÓN
11. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
12. PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD EN LAS CARCELES
13. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN
14. CONDICIONES DE VIDA, EDUCACIÓN Y SALUD DE NIÑOS QUE VIVEN CON SUS MADRES EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD
15. ATENCIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES CON MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD
16. LA ESTRATEGIA COMO CONSTRUCCIÓN COMPARTIDA Y HOJA DE RUTA

PARTE II. PLAN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD. URUGUAY 2016–2020

1. RESUMEN EJECUTIVO
2. FUNDAMENTACIÓN
3. MARCO CONCEPTUAL
4. SITUACION DE PARTIDA
5. PROPÓSITO DEL PLAN
6. PRINCIPIOS Y EJES CONTRIBUYENTES
7. AREAS DE INTERVENCION Y OBJETIVOS
8. DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y SUS RESPONSABLES
9. IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO del PLAN INTEGRAL DE PROMOCION Y PREVENCION EN CENTROS DE INTERNACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
10. MARCO LOGICO DEL PLAN INTEGRAL DE PREVENCION DE SALUD EN LOS CENTROS DE INTERNACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
11. BIBLIOGRAFIA
 - ANEXO I
 - ANEXO II
 - ANEXO III



PARTE I

**ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN
A LA SALUD DE ADULTOS
Y ADOLESCENTES EN CENTROS
DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD.
URUGUAY 2016**

COORDINACION DEL PROYECTO PPL-OPS/OMS

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

Dra. Perla Vivas Temesio, Coordinadora Adjunta del Componente II del Proyecto

CONSULTORA RESPONSABLE

Dra. Beatriz Silva

LISTA DE ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BK	Bacilo de Koch
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y a la Familia
CEPRILI	Centro de Privación de Libertad
CHLAEP	Comisión Honoraria Para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
CIAF	Centro de Ingreso de Adolescentes Femenino
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-décima versión
CIEDD	Centro de Ingreso Estudio Diagnóstico y Derivación
CND	Corporación Nacional para el Desarrollo
DNAS	Dirección Nacional de Asistencia Social
DNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
EPPS	Educación Permanente del Personal de Salud
GPS	Grupos de Promoción de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
INAU	Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay
INISA	Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Personas Privadas de Libertad
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAI-PPL	Sistema de Atención Integral a las Personas Privadas de Libertad Sub
SDNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
SERPAJ	Servicio de Paz y Justicia
SIRPA	Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
SMP	Servicio Médico Penitenciario
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TBC	Tuberculosis
UDELAR	Universidad De La República

TABLA DE CONTENIDOS

1. RESUMEN EJECUTIVO	19
2. ESTRUCTURA DEL INFORME	23
3. GENERALIDADES DEL PROYECTO.....	27
4. INTRODUCCIÓN.....	29
5. EL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.....	33
5.1. Principios rectores del Sistema.....	33
5.2. Objetivos del Sistema	34
6. MODELO DE ATENCIÓN	35
6.1. La estrategia de APS	35
6.1.1. Valores.....	36
6.1.2. Principios.....	37
6.1.3. Elementos esenciales	37
6.2. La Red de servicios	38
7. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN, SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	41
7.1. Situación de las mujeres.....	42
8. MARCO INSTITUCIONAL Y GOBERNANZA.....	45
8.1. Responsabilidades institucionales en la atención a la salud	45
8.2. Gobernanza compartida y proceso de transferencia	45
8.3. Equipo de salud como garante de derechos.....	47
8.4. Rectoría, control y vigilancia.....	49
9. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA.....	51
9.1. Primer nivel de atención	53
9.1.1. Competencias específicas en el ámbito de la privación de libertad.....	53
9.1.2. Principales ejes de acción	53
9.1.3. Promoción y prevención	54
9.1.4. Atención programada y a demanda	55
9.1.5. Atención de urgencia	57
9.1.6. Estructura de recursos humanos para la atención de adultos en el primer nivel	58
9.1.7. Planta física de los servicios en el primer nivel	61
9.1.8. Recursos materiales en el primer nivel	62
9.2. Segundo nivel de atención en acuerdo con la red de servicios.....	63
9.3. Segundo nivel de atención – el Hospital Penitenciario.....	63
9.3.1. Características de la población objetivo.....	63
9.3.2. Epidemiología.....	64

9.3.3. Entorno físico	65
9.3.4. Modelo hospitalario	66
9.4. Continuidad de la atención, referencia y contrarreferencia	68
10. PROCESO DE ATENCIÓN	69
10.1. Proceso de atención en el primer nivel	69
10.1.1. Atención a las personas	69
10.1.2. Atención al ambiente	71
11. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN	73
12. PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD EN LAS CARCELES	75
12.1. Plan de Promoción y Prevención de Salud	75
13. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	77
13.1. Componente 1: orientación en servicio a equipos de salud en centros de privación de libertad	77
13.2. Componente 2: formación para operadores/educadores en salud en centros de privación de libertad	78
13.3. Componente 3: educación para la salud a PPL a partir talleres de Promoción de Salud	78
14. CONDICIONES DE VIDA, EDUCACIÓN Y SALUD DE NIÑOS QUE VIVEN CON SUS MADRES EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD	79
15. ATENCIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES CON MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD	81
15.1. Adolescentes con medidas privativas de libertad.	82
15.2. Medidas cautelares e ingreso a centros de privación de libertad.	82
15.3. Reglas para la protección de los adolescentes privados de libertad - participación del equipo de salud.	83
15.4. Organización y Estructura de los servicios de atención a la salud de adolescentes con medidas privativas de libertad.	84
15.4.1. Recursos humanos	85
15.4.2. Atención en el Primer Nivel	86
15.4.3. Atención en el Segundo Nivel	87
15.4.4. Proceso de atención	87
15.4.5. Equipo de salud como garante de derechos	88
15.4.6. Determinantes de salud	88
16. LA ESTRATEGIA COMO CONSTRUCCIÓN COMPARTIDA Y HOJA DE RUTA	91

1. RESUMEN EJECUTIVO

La Estrategia para la construcción del sistema de atención integral a la salud de adultos y adolescentes en centros de privación de libertad se enmarca en el proyecto de cooperación internacional firmado entre el Gobierno Nacional y la Unión Europea, que apunta a contribuir a la mejora del sistema de justicia penal en Uruguay.

El presente documento plantea lineamientos generales y propuestas de organización, como aporte para la definición de una estrategia de atención integral a la salud de los adultos y adolescentes privados de libertad en Uruguay, que contemple el respeto de sus derechos, el cumplimiento de los acuerdos internacionales para el tratamiento de las PPL, así como los valores y principios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La estrategia se plantea como un documento de posición, con dos principios guía: *“Un sistema integrado de servicios salud en todos los niveles y de alcance nacional que brinde acceso y cobertura universal para todos los habitantes con ajuste de prioridades según sus necesidades específicas”* y *“Un nivel de cuidados en cantidad, calidad, suficiencia y oportunidad para la población privada de libertad, al menos, equivalente al de la población general”*.

Modelo y organización de la atención a la salud

Atendiendo a que se trata de una población predominantemente joven, se propone como eje fundamental de la estrategia para la atención integral de la salud de las PPL: un Modelo de Atención que privilegie la promoción de salud y la prevención de enfermedad, con la estrategia de APS, énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema integrado a la red de servicios con acuerdos que aseguren la continuidad de la atención.

Se concibe un Primer nivel de atención que tenga la capacidad de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención, con responsabilidad en la vigilancia sanitaria del entorno con enfoque de salud pública (observación ambiental), que se constituya como el componente de la red de servicios que desarrolla los vínculos con las personas y el entorno.

El equipo de primer nivel de atención será responsable de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad. Cumplir con los protocolos de atención acordados entre las diferentes instituciones, pondrá en tensión a los equipos de salud para cumplir con los aspectos asistenciales definidos y contemplar las características del entorno.

El primer nivel deberá tener atención a demanda y programada, con médico de referencia de continuidad o de área, que, especialmente en los establecimientos con gran concentración de PPL, se organicen en unidades “territoriales” que permitan mejorar el vínculo entre las PPL y los profesionales responsables.

Es preciso fortalecer la atención odontológica y en salud mental, disciplinas con dificultades para la cobertura en el sistema de salud en el país. En el campo de la salud

mental, la búsqueda de actividades grupales y la figura de los operadores penitenciarios se constituyen en una alternativa para la atención.

La atención a la urgencia debe estar asegurada, tanto con servicios propios en los casos de los establecimientos con gran concentración de PPL, como en la derivación oportuna a los efectores de la red.

El segundo nivel de atención debe cubrirse siempre en acuerdo con la red de servicios del territorio. El traslado de una PPL es siempre un proceso complejo, que consume recursos y tiempo y condiciona la oportunidad de las consultas.

La propuesta de instalación de un Hospital Penitenciario de Segundo Nivel de complejidad en el área metropolitana, ha sido un reclamo de la sociedad, de los trabajadores de la salud y del personal penitenciario, que cuenta con el compromiso político del gobierno.

La justificación para la instalación de un centro con estas características no se basa tanto en la situación epidemiológica de las PPL, sino en problemas para asignar recursos de custodia en los traslados, la falta de delimitación de áreas específicas en los hospitales, así como en las tensiones políticas y sociales, que motivaron un compromiso público del gobierno. Creemos que es oportuno que en el área metropolitana (donde se concentra la mayor cantidad de PPL), se instale un hospital de segundo nivel de complejidad.

La instalación del Centro en la Unidad N° 4 Complejo Penitenciario de Santiago Vázquez, se justifica por ser el establecimiento que concentra mayor número de PPL (3.174 a noviembre de 2014), estar a una distancia que no supera la media a una hora de traslado desde los otros establecimientos de esos departamentos y de los hospitales generales de referencia nacional de Montevideo (Maciel y Pasteur).

Se propone una dotación aproximada de 50 camas, en salas de internación semiprivadas polivalentes con algunos aislamientos. Esta dotación permitirá concentrar, en el nuevo Hospital, las camas hoy instaladas en la sala penitenciaria del Hospital Saint Bois, sala 11 del Hospital Vilardebó y camas de observación de la unidad N°4.

El Hospital deberá definir la cartera de servicios, en acuerdo con la Red, con quién deberá realizar convenios de cobertura por especialidad con más de un centro de derivación. En tanto se tratará de un centro de 2° nivel de complejidad es preciso avanzar en la instalación de salas de circulación restringida, que sean exclusivas para la internación de PPL en los hospitales de referencia local, regional y nacional, de manera de asegurar el acceso al 3^{er} nivel de complejidad. La instalación de unidades con estas características en dos de los hospitales de referencia nacional de Montevideo y en los hospitales de referencia regional en el interior, permitirá mejorar la oportunidad en la atención, a la vez de optimizar el uso de la capacidad instalada de los servicios especializados de los hospitales de la red pública.

Si bien la mayoría de las PPL son usuarios del prestador Público, tanto en adultos como adolescentes, la cobertura de salud por parte de prestadores privados genera inconvenientes al momento de coordinar la atención. Existen antecedentes del planteo realizado en su

momento por el SIRPA¹ ante la Junta Nacional de Salud (JUNASA), para evaluar coberturas temporarias mientras dura el período de privación de libertad. Es preciso validar a ese nivel acuerdos de complementación público-privados que aseguren una adecuada atención, el respeto del derecho de elección y la responsabilidad de los prestadores del sistema.

Determinantes socio-ambientales y condiciones de vida

La utilización de los servicios de salud está fuertemente asociada a las condiciones de privación de libertad: a mayor condición de encierro y ocio, mayor es la demanda de servicios de salud. Mejores condiciones ambientales, de alimentación, visitas y actividad física, espacios abiertos, en tanto mejora el bienestar de las PPL, disminuye la presión sobre los servicios de atención.

Es importante que el equipo de salud tome como propios los componentes de la atención integral de salud, el entorno y los determinantes socio ambientales. El rol que debe cumplir el equipo de salud, como garante de derechos, según lo establecido en las normas mínimas para el tratamiento de personas privadas de libertad, supone que el Médico actúe como médico de referencia, en una lógica de “médico particular” de las PPL, como consejero del director y tenga en cuenta la perspectiva social y de la salud pública.

La propuesta para una estrategia de atención integral a la salud de las PPL, requiere que se jerarquice la mirada de los determinantes socio-ambientales de la salud y se mejoren las condiciones de vida, recreación y visitas en los establecimientos.

Programa de Promoción y Prevención

Se propone la realización de un Plan para el período 2016 – 2020, que analice la situación de partida, con metas y compromiso tanto del sector salud como del sector penitenciario, articulados en una propuesta común.

El Plan propone dos áreas de intervención: 1) Promoción de salud y prevención de enfermedad; 2) Vigilancia en salud y vigilancia del entorno. Define la necesidad de compromisos colectivos, que promuevan:

- o Liderazgo de la gestión política y de los establecimientos, para participar en las acciones programadas, promover la participación y ejecutar las mejoras que se propongan.
- o Evaluar la viabilidad de conformar Grupos de Promoción de Salud en cada unidad, con participación de: equipo de salud, operadores y PPL.

Marco Institucional, Gobernanza, Participación

Hasta el año 2009 la prestación de servicios de salud a la población adulta privada de libertad era brindada por el Servicio Médico Penitenciario (SMP), dependiente del Ministerio del Interior en el primer nivel de atención, y complementada por los servicios públicos de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

1. Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes (SIRPA) en la actualidad Instituto Nacional de inclusión social de Adolescentes (INISA)

A partir del año 2009, el programa de ASSE para la Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL), sentó las bases para la creación, en el año 2010, de una unidad ejecutora específica que tiene a su cargo organizar la atención integral a la salud de las PPL. A partir de esta fecha, se inició un proceso paulatino de instalación de los servicios del SAI-PPL de ASSE en los centros de privación de libertad, que aún no ha culminado y comparte la responsabilidad de la atención a la salud con servicios dependientes de la Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP), recientemente denominada Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial (SDNSP) dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia Social (DNAS)

La Gobernanza compartida surge como un nudo crítico del proceso de transferencia, que, según la propuesta de este documento de posición, debería avanzar hacia completar la transferencia de las responsabilidades de atención a la salud a los servicios de ASSE, en la medida de lo posible.

No obstante, mientras el proceso de transferencia continúa y se comparte la responsabilidad se propone la creación de ámbitos formales de coordinación, que posibiliten unificar criterios y transitar el proceso destacando las fortalezas institucionales.

De gobierno o dirección, para:

- Definir plan estratégico común. Vital para transitar el proceso de transferencia de responsabilidades hacia el prestador único ASSE. Definir espacios de discusión sistemática en conjunto, de políticas de complementación.
- Conducir el proceso de transferencia de responsabilidades.
- Definir la política de complementación y colaboración para la asignación de los recursos.
- Acordar las responsabilidades de los equipos de salud y posibilitar el cumplimiento del rol garante de derechos.
- Compartir la rectoría del sistema, definir pautas de control y vigilar el cumplimiento de los acuerdos.
- Con participación del equipo de salud en la coordinación sistemática y planificada con la dirección del establecimiento y sus diferentes programas. 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.
- Evaluar las formas posibles de participación de las PPL, que se ajusten a las realidades de cada centro. Promover la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud. En este sentido hay avances dispares en los diferentes establecimientos y normativa específica: Reglamento general sobre Mesas Representativas de PPL en el año 2008 y la entrega de la Guía Informativa para las PPL del año 2013.

2. ESTRUCTURA DEL INFORME

En los primeros cuatro capítulos, se presentan los objetivos del Programa de Justicia e Inclusión, se introduce en los conceptos de derechos y recomendaciones internacionales, así como los principios rectores del SNIS y la necesidad de implementar un cambio en el modelo de atención a la salud de las personas privadas de libertad (PPL), con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), con énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención, organizado en una red de servicios que supere la fragmentación del sistema.

El cumplimiento de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las PPL, Reglas Mandela 2015² y el Programa de salud en las prisiones de OMS–Oficina regional de Europa (2007), plantean la necesidad de organizar los servicios de salud de forma que estén íntimamente vinculados con los servicios de la comunidad en que se encuentren. Destacan especialmente la necesidad de brindar servicios de salud equivalentes a los de la población general, lo que supone, en algunos casos, realizar una *discriminación positiva* para lograr esta equivalencia.

La consolidación de un sistema de atención integral de salud para las PPL, debe reconocer como suyos los principios fundamentales y los objetivos del SNIS. El *Capítulo 4 - Modelo de atención*, recoge uno de los principios fundamentales de la Ley de creación del SNIS, *implementar un cambio en el modelo de atención a la salud, con una orientación que privilegie la promoción de salud y la prevención de enfermedad, una estrategia de APS con énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema.*

Se analizan los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS, del documento de posición de OPS *“La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”*, enfocando en aquellos aspectos prioritarios para la estrategia de atención integral a la salud de las PPL.

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

La distribución en todo el territorio nacional de los establecimientos de privación de libertad y la necesidad de asegurar la continuidad de atención a la salud de las PPL, supone establecer mecanismos que permitan superar la fragmentación y fortalecer los acuerdos con los prestadores del sistema, en especial con el prestador público ASSE, con quien se comparte la atención a la salud en algunos establecimientos de privación de libertad.

Se analiza la situación de los servicios, desde la perspectiva de las RISS, en cuanto al cumplimiento de sus atributos esenciales desde los ámbitos de abordaje de Modelo

2. Reglas Mandela: Surgen de la actualización de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, por parte del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas - Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal en su 24º período de sesiones, Viena, 18 a 22 de mayo de 2015.

Asistencial (Cap. Modelo de atención), Gobernanza y Estrategia (Cap. Marco Institucional y Gobernanza) y Organización y Gestión (Cap. Organización y Estructura).

El *Capítulo 5* contiene información sobre las características de la población privada de libertad y algunos datos de su situación epidemiológica, con un capítulo específico que trata sobre la situación particular de las mujeres en los ámbitos de privación de libertad.

Para avanzar hacia un Sistema de Atención Integral de las PPL, es fundamental continuar con el proceso de integración de las estructuras organizativas, que hoy tienen responsabilidades institucionales diversas. En tanto el proceso de transferencia de responsabilidades continúa, se plantea avanzar en la armonización de los procesos de trabajo y protocolos de atención.

El *Capítulo 6 – Marco Institucional y Gobernanza* incorpora un análisis sobre las responsabilidades institucionales en lo que refiere a la atención a la salud de las PPL, sus antecedentes y situación actual, la gobernanza compartida y el proceso de transferencia de responsabilidades.

Como estrategia para asegurar un “*sistema de Gobernanza único para toda la red*”, se propone la creación de ámbitos de gobierno y coordinación de las acciones para la atención a la salud de las PPL, en los que participen las autoridades de gobierno y alta gerencia de las instituciones (INR, ASSE, SDNSP), así como los equipos de dirección y de salud de los establecimientos de privación de libertad. Este tema se plantea como un nudo crítico en el proceso de discusión estratégica para la implementación de un sistema de atención integral a la salud de las PPL.

Si bien un entorno saludable depende necesariamente de una actividad intersectorial, donde la acción del sistema de salud es sólo una parte, los integrantes del equipo de salud tienen algunas responsabilidades específicas, consagradas en las Reglas Mínimas y Reglas Mandela 2015, que lo transforman en garante para el cumplimiento de derechos. El *Capítulo 6* señala la necesaria coordinación que debe existir entre los equipos de salud y los equipos responsables de los establecimientos de privación de libertad, para posibilitar el cumplimiento del rol garante de derechos y condiciones de vida que deben cumplir los equipos de salud. Se incorpora aquí el concepto de participación de las PPL, que fuera reglamentado en febrero de 2008 por el Ministerio del Interior al aprobar el reglamento general sobre las Mesas Representativas de PPL.

En el *Capítulo 7*, se presenta una propuesta de organización de los servicios de salud, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como líneas de trabajo para asegurar la continuidad de las prestaciones en el segundo nivel de complejidad de la red de servicios del SNIS y un modelo para la instalación de un hospital penitenciario de segundo nivel en un centro de gran concentración de PPL y unidades de internación de circulación restringida en los hospitales públicos de referencia nacional y regional.

El *Capítulo 8*, incluye una mirada del proceso de atención en el primer nivel, donde la atención a las personas y la atención al ambiente son dos componentes indisolubles de un proceso complejo.

El Capítulo 9, refiere a los protocolos de atención, propósito y propuesta de sistematización de la atención incluida en los “*Protocolos de atención para la intervención sanitaria en los centros de internación de personas adultas y adolescentes privadas de libertad*”.³

En el *Capítulo 10* se enuncian los fundamentos para un Plan de Promoción y Prevención en Salud para el período 2016 – 2020 en los centros de internación de PPL, diseñado con enfoque de género y generaciones. El plan tiene el propósito de contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las PPL, a través del abordaje de intervenciones de promoción, protección a la salud y prevención de enfermedades, que fomenten el autocuidado, el cambio en los estilos de vida y la promoción de entornos saludables.

El Plan de Promoción y Prevención en Salud requiere de un Programa de Capacitación^{4,5} que permita contar con recursos con capacidades técnicas para la realización de acciones de promoción y prevención dirigidas a todas las PPL.

En el *Capítulo 11* se enuncian los fundamentos del Programa de Capacitación.⁶ Como forma de adecuar la metodología y contenidos a las características especiales de los diferentes equipos de trabajo en los centros de privación de libertad, se propone la realización de un programa de orientación en servicio para integrantes de los equipos de salud y un programa de formación para operadores y educadores, y un tercer componente de promoción de salud hacia las PPL en formato de Talleres de promoción de salud en las UI.

En el *Capítulo 12*, se plantea la situación especial y condiciones de vida, educación, salud y socialización de niños que viven con sus madres en centros de privación de libertad. Las Reglas Mínimas⁷ para el Tratamiento de los Reclusos hacen referencia a la necesidad de proveer condiciones especiales a las mujeres privadas de libertad embarazadas, las que acaban de dar a luz y también las que tengan su parto en estas circunstancias. Asimismo menciona las condiciones en las que deben estar sus hijos en caso de permitírseles convivir con ellas. En este capítulo se plantea como estrategia para mitigar las dificultades que presentan los niños pequeños en contextos de encierro, su integración a un Centro de Atención a la Infancia y la Familia – Plan CAIF, con convenio expreso con los centros más próximos y mecanismos que aseguren la concurrencia permanente del niño y que faciliten la conducción de la madre en las instancias grupales para padres en los casos que corresponda.

El análisis y propuesta para la estrategia de Atención Integral a la salud de los Adolescentes con medidas Privativas de Libertad se incluye en un capítulo aparte, *Capítulo 13*, por

3. Resultado 3.1 producto 3.1.1.

4. Programa de Capacitación: Es el instrumento que sirve para explicitar los propósitos de la capacitación y las condiciones en las que se desarrollará.

5. La **capacitación** es el conjunto de enseñanza-aprendizaje destinada a que sus participantes adquieran nuevos conocimientos y habilidades, y modifiquen actitudes en relación con necesidades de un campo ocupacional determinado, mediante eventos de corta duración, que le permitirán desempeñarse con mayor eficacia. Fletcher Shirley. *Diseño de capacitación basada en competencias laborales*. Ed. Panorama México (2001)

6. Resultado 3.1 Producto 3.1.2

7. Regla 23: “1) En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres”.

las características especiales de la población y por tratarse de una institucionalidad diferente, en proceso de cambio. Se reconoce la necesidad de aplicar tratamientos de carácter integral que contemplen: la educación, capacitación técnica, salud física y mental, vínculos familiares y sociales, cultura, deporte, recreación, religión y otros. Se plantea un modelo de atención que reúne los postulados expresados para la atención de los adultos: *Un sistema de atención integrado a la red de servicios del SNIS, con un primer nivel de atención fortalecido, con acuerdos que aseguren la continuidad en toda la red, basado en la estrategia de APS.*

3. GENERALIDADES DEL PROYECTO

El Programa de Justicia e Inclusión es un proyecto de cooperación internacional firmado entre el Gobierno Nacional, a través de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, y la Unión Europea, que apunta a contribuir a la mejora del sistema de justicia penal en Uruguay.

Los principales **objetivos** del programa son:

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

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

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 la realiza la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), quien ha realizado 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).

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 (Resultado 3.1): *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.*

Este documento, se enmarca en el Producto 3.1.1. *“Sistema integral de atención sanitaria orientado por los principios de la Resolución OPS/CD 50.R8 – La salud y los Derechos Humanos - en proceso de implementación en los centros de internación de personas privadas de libertad, con énfasis en atención primaria, previo diagnóstico”, en la actividad f: “Diseñar la estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el sistema de Responsabilidad Penal Adolescente”.*

4. INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos estipula en su Artículo 3°: que *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”* y en su Artículo 5° *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”*.

La salud, física y mental, de los reclusos es uno de los aspectos más importantes y más vulnerables de la vida en una prisión. El privado 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.

Las necesidades de la población carcelaria debido a sus características socio-económicas son proporcionalmente más altas que aquellas de la comunidad en general. Por ejemplo, dichas características incluyen bajos niveles de salud y nutrición y alta prevalencia del uso problemático de las drogas.

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 del centro de privación de libertad.

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

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 18.211 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 privación de libertad y jerarquizar determinadas instituciones y dio un paso hacia un cambio de concepción en la política criminal del Estado uruguayo.

En el proceso de construcción de un Sistema Penitenciario Nacional, con el propósito de instalar definitivamente un modelo global de gestión de la privación de libertad en las personas adultas acorde a los parámetros de buenas prácticas penitenciarias establecidos

por la comunidad internacional, se crea el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), por Ley 18.719 de diciembre de 2010.⁸

El sistema de medidas privativas de libertad para adolescentes, también sufrió un proceso de transición. Los establecimientos de privación de libertad de adolescentes dependían inicialmente del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SIRPA), creado como órgano transitorio por la Ley N° 18.771 de julio de 2011 como organismo desconcentrado del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU). Tenía como propósito desarrollar un modelo de atención y rehabilitación de adolescentes en conflicto con la Ley.

Recientemente, a fines del 2015, la institucionalidad específica transicional creada pasó a ser recientemente el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), servicio descentralizado dependiente del MIDES. Según dicha norma legal, entre los cometidos del INISA están “Propiciar un ambiente seguro en el que el respeto y la autoridad estén presentes de modo que los vínculos de confiabilidad puedan ser reparados”, y “Todos los cometidos y facultades del Instituto deberán ser cumplidos teniendo en consideración el interés superior del adolescente y en estricta observancia de la normativa nacional e internacional en la materia, lo que se expresa en el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos”. Esta explicitación favorece los conceptos de rehabilitación y derechos que vinculan también a mejores prácticas en materia de programas de salud.

En el marco de estos procesos de cambio, donde se reconocen los derechos de las personas privadas de libertad y se avanza en la protección y mejora de sus condiciones de vida en los centros de privación de libertad, es imperativo que la organización de la atención a la salud en los centros de privación de libertad respete las pautas del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): *un sistema integrado de servicios salud en todos los niveles y de alcance nacional que brinde acceso y cobertura universal para todos los habitantes con ajuste de prioridades según sus necesidades específicas*”:

8. 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”.

Cuadro resumen de principales antecedentes en compromisos de Gobierno asumidos, marco normativo vigente y procesos de reforma del Sistema de Salud y del Sistema Penitenciario.

- o *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (Reglas Mandela). Que fueran validadas por nuestro país en mayo de 2015.⁹
- o *Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad*, Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 68 sesión plenaria, 14 de diciembre de 1990.
- o *Proceso de transformación del Sistema de Salud*: donde se destaca la Ley N° 18.211, de diciembre de 2007 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que en su *Capítulo IV – Red de Atención a la Salud* expresa:
 - **Artículo 34.**- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.
 - **Artículo 39.**- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.
 - **Artículo 40.**- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.
- o *Proceso de Reforma del Sistema Penitenciario*: con normas que fueron hito en este proceso:
 - Ley N° 17.897, de julio de 2005 - “*Humanización y Modernización del Sistema Carcelario*”, donde se reconocen las debilidades del sistema en los últimos años y establece un conjunto de medidas orientadas a mejorar las condiciones de privación de libertad y da un paso hacia un cambio de concepción en la política criminal del Estado uruguayo.
 - Ley 18.719 de diciembre de 2010 que, en su Artículo 221, dispone la creación en el Inciso 04 “Ministerio del Interior”, programa 461 “Gestión de la Privación de Libertad”, de la unidad ejecutora 026 “Instituto Nacional de Rehabilitación”: Tendrá jurisdicción nacional y dependerá directamente del Ministro del Interior. En el proceso de construcción de un Sistema Penitenciario Nacional, con el propósito de instalar definitivamente un modelo de gestión de la privación de libertad en las personas adultas acorde a los parámetros de buenas prácticas penitenciarias establecidos por la comunidad internacional.
 - Ley N° 19.367, de diciembre de 2015, de creación del Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA) como servicio descentralizado, que quita de la órbita del INAU al sistema de reclusión penal adolescente y crea el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, con el objetivo “esencial” de “inserción social y comunitaria de los adolescentes en conflicto con la ley penal mediante un proceso psicosocial, educativo e integral, que conlleve el reconocimiento de su condición de sujetos de derecho”, contemplando recomendaciones realizadas por organismos internacionales y nacionales.
 - Se destacan: la jerarquización de la RIEPS que pasa a la órbita del Ministerio de Salud, la asignación de recursos a ASSE para la creación de cargos para el Centro Asistencial Penitenciario, el avance hacia la transformación del INR en un servicio descentralizado, la creación de la Dirección Nacional de Asuntos Sociales en la órbita del Ministerio del Interior, así como varios artículos de asignación de recursos para mejorar las condiciones en el sistema penitenciario. En el inciso 27, correspondiente al Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), se incluyen una serie de artículos de fortalecimiento de recursos en el Programa Gestión de Privación de Libertad.
- o *Compromisos asumidos para este período de Gobierno*, incluidos en la Ley N° 19.355 de Presupuesto Nacional para el período 2015–2019, aprobada el 19 de diciembre de 2015.
 - Se destacan: la jerarquización de la RIEPS que pasa a la órbita del Ministerio de Salud, la asignación de recursos a ASSE para la creación de cargos para el Centro Asistencial Penitenciario, el avance hacia la transformación del INR en un servicio descentralizado, la creación de la Dirección Nacional de Asuntos Sociales en la órbita del Ministerio del Interior, así como varios artículos de asignación de recursos para mejorar las condiciones en el sistema penitenciario. En el inciso 27, correspondiente al Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), se incluyen una serie de artículos de fortalecimiento de recursos en el Programa Gestión de Privación de Libertad.

9. Aprobadas por la Asamblea General de Naciones Unidas a propuesta *Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal*, integrada por: Argentina, Austria, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Italia, Líbano, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Polonia, Sudáfrica, Tailandia y **Uruguay** - Viena, 18 a 22 de mayo de 2015.

5. EL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las PPL afirman que los servicios de salud en las instituciones de privación de libertad *“deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación”*.¹⁰

El derecho de los presos, como 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.

5.1. Principios rectores del Sistema¹¹

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

10. Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos – Regla 22

11. Ley N° 18.211. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Artículo 3ro

5.2. Objetivos del Sistema¹²

- Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, con políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo los cuidados paliativos.
- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud

12. Ley N°18.211. Artículo 4to

6. MODELO DE ATENCIÓN

Algunos de los análisis de la evolución del proceso de reforma del sector salud y de la implantación del SNIS señalan que el componente en el que se registran menos avances es el cambio del modelo de atención.¹³ Actualmente el desafío del sistema y de los prestadores que lo integran es avanzar en la construcción de un modelo que mejore la integralidad y calidad asistencial, que supere la fragmentación y asegure la continuidad de la atención.

6.1. La estrategia de APS

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

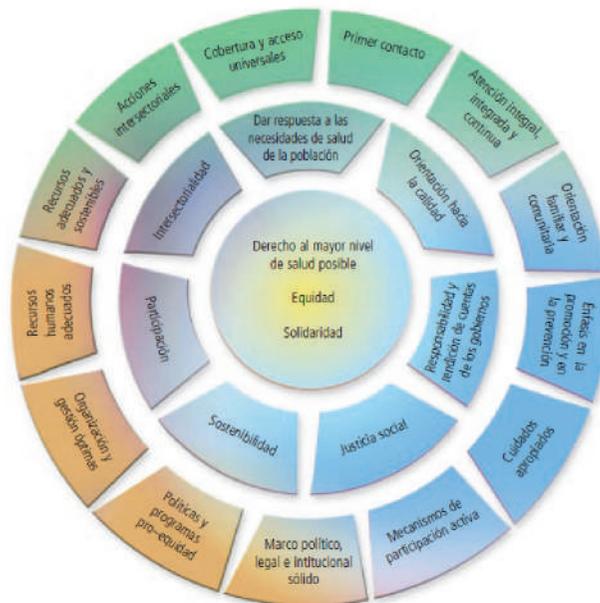
Según la OPS, un sistema de salud basado en la APS supone:¹⁴

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

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

14. OPS (2008). Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. nº 1. *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington D. C.: OPS

Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS



Tomado de OPS, *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición*. Washington, DC: OPS: 2007.

Avanzar con esta estrategia en el proceso de consolidación del sistema de atención a la salud como parte de 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.

6.1.1. Valores

No existen diferencias en cuanto a la definición normativa del **derecho** a la salud entre las PPL y la población general del país. Este derecho está consagrado en la Constitución de la República en su artículo 44° y en la Ley de creación del SNIS en su artículo 1°,¹⁵ otorgándole los mismos derechos a todas las personas que habiten en el territorio nacional. La condición de pérdida de libertad no debe inhabilitar el goce de otros derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Por la restricción de movimientos y las características especiales de la población privada de libertad, alcanzar la **equidad** en los cuidados, exige sin duda una discriminación positiva, que no es fácil de aceptar por parte de la población general, lo que lleva a “dosificar” la **solidaridad**.

Esta realidad supone generar acuerdos explícitos para el buen desarrollo de la estrategia de APS, que aseguren el cumplimiento de estos valores fundamentales.

15. Ley N° 18.211, artículo 1°. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación

6.1.2. Principios

Concebidos como puente entre los valores y los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS, requiere para su cumplimiento de acuerdos específicos en lo que refiere a los elementos estructurales y funcionales del sistema.

El sistema de atención integral a la salud de las PPL deberá dar respuesta a las **necesidades** especiales de la población privada de libertad, por su alto porcentaje de población joven, por sus patologías prevalentes y fundamentalmente por el análisis de los determinantes sociales y las condiciones de vida en las instituciones de privación de libertad.

El Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de la condición de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”, en tanto está ejecutándose con distintos sectores de intervención (justicia, salud, educación e inserción laboral) permitirá consolidar los avances vinculados a algunos de los principios de un sistema de salud basado en APS, en especial en lo que refiere a la **intersectorialidad, participación, justicia social y sostenibilidad** de la propuesta.

6.1.3. Elementos esenciales

La **cobertura y el acceso universal** a los servicios de salud en los centros de privación de libertad, es parte de un proceso de fortalecimiento de los servicios de salud propios (ya sea los gestionados por la SDNSP como los de ASSE en los establecimientos de privación de libertad) y de los de la red de servicios de ASSE para la atención de la población general, en aquellos centros de baja concentración de PPL.

El **primer contacto** con el sistema estará dado por un primer nivel de atención fortalecido en los establecimientos, con Médicos Generales de referencia o especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que puedan brindar una **atención integral, integrada y continua**.

Asegurar **cuidados apropiados** en todos los centros de privación de libertad, supone asignar **recursos adecuados y sostenibles, en especial recursos humanos adecuados** a las dimensiones de cada centro, debidamente calificados para la atención de PPL.

Un sistema de **promoción** de la salud en las unidades de privación de libertad, para generar una comunidad saludable, precisa que el cuidado del modo de vida sea una herramienta aprehendida por la comunidad. 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. Es preciso coordinar la capacitación adecuada, la difusión y socialización de las herramientas y conocimientos centrales que promuevan el cuidado y vida saludable. 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. En este aspecto, los integrantes del equipo de salud tienen responsabilidades específicas consagradas en las reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, de vigilancia del entorno y las condiciones de vida en las prisiones.

En el marco del proyecto, se prevé la definición de un Programa de Prevención y un Programa de Capacitación, que contemplaran la **intersectorialidad** de las acciones, así como la **participación activa** de trabajadores y reclusos PPL.

Actualmente la atención a la salud de las PPL adultas es compartida por servicios que dependen de la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial (SDNSP) y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). A partir del año 2010 se inició un proceso de transferencia de la responsabilidad asistencial desde los servicios que dependen de la ex DNSP a ASSE, proceso que aún no ha culminado.¹⁶ 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, de forma de cumplir con la normativa vigente en el país y los acuerdos internacionales desde la perspectiva de derechos de las PPL.

6.2. La Red de servicios

“...una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.”¹⁷

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

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

Avanzar hacia la implementación de un Sistema de Atención a la salud de las PPL basado en la estrategia de APS y enmarcado en la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) contribuirá a la prestación de servicios de salud más accesibles,

16. Tráferencia 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

17. Fuente: Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20-6.

equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de esta población.

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

- *Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.*

En este sentido, cada establecimiento de privación de libertad tiene una población definida, en base a criterios de edad y sexo, distribución territorial, características de los delitos y de las penas.

En el marco del Proyecto, la realización del estudio epidemiológico permitirá conocer, con mayor grado de detalle, la situación de salud de las PPL.

- *Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.*

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

- *Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de la salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.*

El fortalecimiento del primer nivel de atención, es una prioridad, para asegurar la integralidad de las acciones y en especial por las características epidemiológicas de la población.

- *Prestación de servicios especializados en un lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.*

En cuanto a la prestación de servicios especializados, considerando las dificultades para los traslados de las PPL, es preciso evaluar las mejores alternativas para acercar los servicios en forma programada.

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

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

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

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

7. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN, SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Uruguay presenta una tasa de prisionización de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubica en el cuarto país de América Latina con más PPL con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008),¹⁸ El Salvador y Panamá. Latinoamérica, de acuerdo al *International Centre for Prison Studies*, cuenta con una tasa media de prisionización de 224 presos por cada 100.000 habitantes.¹⁹ Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde se exhiben cifras de entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes.

Según datos de noviembre de 2014, la población privada de libertad en el país, ascendía a un total de 10.159 personas, 9.628 adultos (95%) y 531 adolescentes (5%). Del total de la población adulta, el 94% corresponde a hombres (9.034) y el 6% a mujeres (594).

Al 2014, la población adulta de PPL en el total de los establecimientos, tenía un promedio general de edad de 24 años.²⁰

Según los datos del Primer Censo Nacional de Reclusos, realizado por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UDELAR) en Diciembre de 2010, el 84.4 % correspondía a PPL de 18 a 45 años de edad.

En tanto no existe un registro sistematizado de la utilización de los servicios de salud de la red por parte de las PPL, ni la identificación en estos servicios de la condición de PPL, puede tomarse como referencia alguna información de utilización de los servicios de la población general.

Como dato de referencia, pueden utilizarse los indicadores de utilización de servicios de ASSE, en tanto un elevado porcentaje de las PPL son usuarios de este prestador. Un indicador que tiene buena cobertura en sus registros y que orienta en cuanto a la utilización de los servicios, es el de las principales afecciones que motivaron los egresos hospitalarios, codificados por la CIE-10. Analizados los datos de ASSE del año 2014 en el grupo de edad de 20 a 44 años, surge:²¹

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

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

18. Debates Penitenciarios Nº 7. Área de Estudios Penitenciarios. Julio 2008. Centro de Estudios de Seguridad ciudadana. Universidad de Chile. En: http://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_07.pdf

19. Observatorio Social. Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social

Número 39 • Septiembre de 2013. En: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/11/la-seguridad-ciudadana-en-america-latina_am.pdf

20. PROYECTO: SALUD EN CENTROS DE INTERNACIÓN DE PRIVADOS DE LIBERTAD: Identificación de Áreas y componentes de intervención en Género, Derechos y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. - Informe de Consultoría Técnica - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD - Agosto de 2014

21. ASSE-Año 2014: "Principales afecciones de egreso hospitalario en usuarios de 20 a 44 años, según lista tabular de CIE-10"

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

- 1) *Enfermedades durante el embarazo, parto y puerperio*
- 2) *Enfermedades del sistema genitourinario*
- 3) *Enfermedades del sistema digestivo*
- 4) *Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas*

Si bien no hay estudios sistemáticos que den cuenta de la utilización de los servicios de salud por parte de las PPL en Uruguay, la bibliografía consultada muestra que las PPL tienen una utilización de los servicios de salud que supera notoriamente a la de la población general.²²

Cabe señalar, también, que la utilización de los servicios de salud está fuertemente asociada a las condiciones de privación de libertad: a mayor condición de encierro y ocio, mayor es la demanda de servicios de salud. A mejores condiciones de respeto en las condiciones ambientales y de derechos (alimentación, visitas, actividades) los servicios de salud reciben menos demandas en tanto el bienestar del colectivo PPL mejora.

7.1. Situación de las mujeres

Las mujeres privadas de libertad constituyen una minoría en todos los sistemas de prisiones de todo el mundo y frecuentemente se ignoran sus necesidades sanitarias especiales. La provisión de asistencia sanitaria para las mujeres privadas de libertad en general no cubre sus necesidades, a lo que se agrega la falta de sensibilidad de género en las políticas y prácticas en las prisiones.

En las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos, aprobadas hace más de 50 años no se hacía suficiente hincapié en las necesidades especiales de las mujeres. Al haber aumentado la población penal femenina en todo el mundo, ha adquirido importancia y urgencia la necesidad de aportar más claridad a las consideraciones que deben aplicarse al tratamiento de las PPL. En diciembre de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba las Reglas para el tratamiento de las PPL y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok).

Al conjunto de factores que afectan por igual a hombres y a mujeres privados de libertad, se suman los padecimientos exclusivos de la condición de género. Gran parte de las necesidades de las mujeres están relacionadas con temas de salud reproductiva, problemas de salud mental, drogodependencias e historiales de violencia y abuso. Las necesidades adicionales provienen de su frecuente condición de madre y, habitualmente, de cuidadora principal de sus hijos.

Según datos del Ministerio del Interior de noviembre de 2013, la población de mujeres se duplicó entre los años 2003 y 2012, pasando de 325 a 646.

22. Use of health services by prison inmates: comparisons with the community – Journal of epidemiology & amp community health – June 2001

La situación de las mujeres privadas de libertad tiene algunos aspectos que claramente actúan en forma más desfavorable para este grupo de población:

Distribución geográfica: de un total de 28 centros de privación de libertad para adultos, solo existen 2 centros específicos para la internación de mujeres en el departamento de Montevideo: la Unidad N°5 con 357 PPL y la Unidad N°9 El Molino con 26 PPL.

En el interior del país existen 17 unidades que tienen áreas de privación de libertad para mujeres, en general en el mismo establecimiento destinado a los hombres, con elementos de separación y aislamiento diversos, con un número que varía entre 1 y 32 PPL.

Visitas familiares: A diferencia de lo que sucede con los varones detenidos, las mujeres privadas de libertad son escasamente visitadas. Mientras son muchas las mujeres que visitan a sus esposos, padres, hijos y amigos presos, las privadas de libertad reciben menos visitas de sus familiares o parejas. Se ha resaltado que respecto de las mujeres, la ruptura del contacto continuo con sus familiares y sobre todo, con sus hijos es extremadamente difícil de soportar, por lo que la falta de continuidad en el vínculo tiene un impacto concreto en las mujeres detenidas

Atención a la salud: La atención médica de las mujeres privadas de libertad también presenta características diferenciales. Durante el encierro, las mujeres padecen problemas de salud relacionados con su extracción social (condiciones y calidad de vida), con experiencias previas al encierro (violencia de género) y con conductas de riesgo.

En general las mujeres tienen más responsabilidades familiares y domésticas que los hombres, por lo que la tensión dentro de los centros de privación de libertad impone restricciones más severas que llevan a conformar verdaderos cuadros de depresión en la población femenina.

8. MARCO INSTITUCIONAL Y GOBERNANZA

8.1. Responsabilidades institucionales en la atención a la salud

Hasta el año 2009 la prestación de servicios de salud a la población adulta privada de libertad era brindada por el Servicio Médico Penitenciario (SMP),²³ dependiente del Ministerio del Interior en el primer nivel de atención, y complementada por los servicios públicos de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

A partir del año 2009, el programa piloto de ASSE para la Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL), sentó las bases para la creación, en el año 2010, de una unidad ejecutora específica que tiene a su cargo organizar la atención integral a la salud de las PPL.²⁴ A partir de esta fecha, se inició un proceso paulatino de instalación de los servicios del SAI-PPL de ASSE en los centros de privación de libertad, que aún no ha culminado y comparte la responsabilidad de la atención a la salud con servicios dependientes de la actual Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial (SDNSP).^{25, 26}

La derivación a servicios de la red de ASSE, ocurre no sólo por una histórica vinculación de los servicios públicos de salud con los servicios de los centros de privación de libertad, sino porque la gran mayoría de los adultos privados de libertad son usuarios formales del prestador público y por la complejidad para coordinar la derivación a servicios privados, en el caso de usuarios de otros prestadores del SNIS.

8.2. Gobernanza compartida y proceso de transferencia

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

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

23. El Servicio Médico Penitenciario (SMP) tiene sus orígenes en el *Servicio de Sanidad Penitenciaria* con la creación en 1943 del *Hospital Penitenciario* el que dejó de funcionar como tal con el cierre del *Penal de Punta Carretas* en el año 1985. Desde esa fecha no fue sustituido por ningún servicio de características similares. De acuerdo a lo establecido en la Ley de Penitenciaria 14.970 las personas privadas de libertad tienen derecho a recibir cobertura asistencial de las Instituciones de *Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o de profesionales individuales* en coordinación con las autoridades penitenciarias y el equipo de referencia en salud del SMP. En el caso de las personas privadas de libertad en establecimientos del interior de país no se cuenta con recursos especialmente asignados siendo habitualmente los médicos de Sanidad Policial (DNSP) los que realizan la atención con profesionales de la salud de policlínica (primer nivel) y realizan las derivaciones a los Hospitales de ASSE correspondientes. Nota del Informe PNUD 2014 citado en numeral 1.

24. La Ley N° 18.719 del Presupuesto Nacional para el período 2010 – 2014. Artículo 731.- Créase en la Administración de los Servicios de Salud del Estado, programa “Atención Integral a la Salud”, la unidad ejecutora 086 “Dirección del Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad”, la que tendrá a su cargo organizar la asistencia de la salud en.

25. En agosto de 2012 se avanzó en la unificación del sistema de salud para personas privadas de libertad, pasando el SMP a depender de la DNSP, la que se hará cargo de las unidades de internación para PPL del interior del país.

26. Ley 19.149 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal del año 2012 - Artículo 127.- Facúltase a la Dirección Nacional de Sanidad Policial a prestar servicios de atención de salud a personas privadas de libertad, en los establecimientos carcelarios, en forma transitoria y subsidiaria, hasta tanto la Administración de los Servicios de Salud del Estado preste cobertura a la totalidad de dicha población.

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

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

- Es preciso avanzar en la integración de estructuras organizativas, definir que los servicios de salud en centros de privación de libertad forman parte de la red asistencial y que es necesario armonizar los procesos de trabajo y compartir protocolos de atención.
- Integrar los sistemas de información asistenciales, la historia clínica informatizada y compartida entre los diferentes dispositivos asistenciales permitirá agilizar la atención, la gestión de agendas para las consultas con especialistas, acortar las listas de espera y disminuir el número de consultas perdidas.
- Reforzar el primer nivel de atención en los establecimientos de privación de libertad y avanzar en la asignación del médico de referencia o médico de área, que asegure la continuidad de la atención, que pueda planificar sus tratamientos y que promueva la mejora del vínculo médico-paciente.
- Incrementar la capacidad resolutoria en el primer nivel de los centros de privación de libertad, acercando a estos establecimientos algunas modalidades diagnósticas y consultas con especialistas para las patologías más frecuentes.
- Definir mecanismos de coordinación y complementación para la atención en el segundo nivel de complejidad en el marco de los acuerdos con la red de servicios para la atención ambulatoria.
- Analizar la instalación de sectores de circulación restringida en los hospitales de la red, en especial en los de tercer nivel de complejidad y de referencia nacional, que contemplen las medidas de seguridad necesarias para la atención de las PPL. Planificar acuerdos de cobertura de especialidades en el futuro hospital penitenciario.

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

Instalar un ámbito de *Gobierno o Alta Gerencia* para:

- o Definir un plan estratégico común.
- o Conducir el proceso de transferencia de las responsabilidades asistenciales entre las instituciones.
- o Definir la política de complementación y colaboración para brindar los servicios y asignar recursos.
- o Acordar las responsabilidades de los equipos de salud para posibilitar el cumplimiento de su rol como garante de derechos
- o Compartir la rectoría del sistema, definir pautas de control y vigilar el cumplimiento de los acuerdos.

Crear un ámbito a *Nivel local* en cada establecimiento, en el que el referente del Equipo de Salud coordine, en forma sistemática y planificada, con la Dirección del Establecimiento y los diferentes programas, como un programa específico. A este nivel se destaca la importancia de contar con un responsable que esté calificado para reconocer los riesgos potenciales y alertar oportunamente a los responsables del establecimiento para implementar las medidas correctivas en forma oportuna.

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

8.3. Equipo de salud como garante de derechos

La salud física y mental de las PPL no es sólo responsabilidad del gobierno y de la administración de la institución penal o de los integrantes del equipo de salud solamente, sino de todo el personal penal, el administrativo y otros involucrados en el trato de los reclusos.

En cada centro, todos los miembros del personal deben asegurar que los derechos de los reclusos sean cumplidos y contribuir a ello. No obstante, los integrantes del equipo de salud tienen algunas responsabilidades específicas, que están consagradas en las Reglas Mínimas:

Funciones de los Médicos:

- Como médico de referencia de una PPL, actúa a su petición y debe velar por su salud. Tiene que observar que las condiciones y disposiciones de la institución no pongan en peligro la salud de los reclusos.

-
- Como consejero del director del establecimiento, sobre asuntos específicos respecto al trato, trabajo, regímenes de visita, actividad física y deportes, condiciones del entorno. El cumplimiento de esta función deberá estar a cargo del profesional responsable del equipo de salud en cada establecimiento, en el marco de la constitución del ámbito de gobernanza local propuesto.
 - Como trabajador de la salud desde una perspectiva social y de salud pública, que supervisa e informa respecto a la situación general de la higiene y otras condiciones de vida. El médico asesorará en cuanto a la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos, a la higiene y aseo de los establecimientos y de los reclusos, a las condiciones sanitarias, de calefacción, alumbrado y ventilación.

Es necesario mejorar la coordinación y participación de los equipos de salud con los Comandos y equipos de seguridad de los establecimientos. En el mismo sentido, se señala la importancia de incluir mecanismos de participación de las PPL, a través de formatos de representatividad posibles, que permitan organizar las demandas y plantearlas en ámbitos sistemáticos de diálogo con los responsables institucionales, facilitando la superación de dificultades, muchas de las cuales refieren a condiciones ambientales y de respeto de derechos (alimentación, visitas, espacios de recreo, etc.).

En febrero de 2008, el Ministerio del Interior aprobó el reglamento general sobre las Mesas Representativas de PPL, esta modalidad de participación cuya función prevista era la transmisión de inquietudes y eventualmente de recomendaciones por parte de las PPL, no ha tenido hasta el momento un funcionamiento uniforme en los diferentes centros de privación de libertad.

En el relevamiento realizado se evidenciaron dificultades para formalizar y mantener en el tiempo actividades sistemáticas de discusión y decisión conjunta entre ambos equipos. Sólo excepcionalmente se registró la existencia de mecanismos participativos de las PPL.

Hay algunas experiencias como por ejemplo en el establecimiento Cerro Carancho en Rivera, donde el referente de salud se integra en una modalidad participativa organizada desde el Comando en la que participan también delegados de las PPL. Estas actividades han disminuido las situaciones de tensión y han mejorado el clima de relacionamiento y la convivencia.

Otro aporte para la información de los derechos de los reclusos lo constituyó la *Guía Informativa para las Personas Privadas de Libertad*, de distribución gratuita para todas las PPL adultas, que fue presentada públicamente en setiembre del 2013 por el Ministerio del Interior y el Instituto Nacional de Rehabilitación.²⁷

27. En mayo de 2011, el Ministerio del Interior conformó una Comisión de trabajo interinstitucional con la finalidad de elaborar una *Guía informativa para las Personas Privadas de Libertad*. Esta Comisión estuvo integrada por representantes de: SERPAJ, Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, Mesa de trabajo interinstitucional sobre Mujeres Privadas de Libertad, División de Políticas de Género del Ministerio del Interior, Instituto Nacional de Rehabilitación y Asesoría del Sr. Ministro del Interior en Materia Penitenciaria. La tarea de la Comisión fue apoyada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONU-SIDA y Consulado General de Brasil en Montevideo.

La guía fue elaborada con el objetivo de brindar a las personas privadas de libertad información básica sobre el régimen de privación de libertad, sus derechos y obligaciones, las reglas disciplinarias, y otra información útil de acuerdo con su condición.

El diseño se realizó en un marco de Derechos Humanos y de acuerdo a lo establecido en la normativa nacional e internacional vigente en Uruguay. Para su validación se tuvieron en cuenta comentarios y sugerencias realizados por personas privadas de libertad del Centro Metropolitano de Rehabilitación Femenino y del Establecimiento Libertad quienes colaboraron voluntariamente con el proceso de desarrollo de contenidos.

Podría evaluarse la posibilidad de incorporar a la guía un capítulo que informara sobre aspectos de la salud, en especial algunos mensajes de promoción de salud y prevención de enfermedad.

8.4. Rectoría, control y vigilancia

Más allá de las responsabilidades institucionales específicas y los acuerdos en el marco del proceso de transición y gobernanza compartida, es preciso establecer una forma de rectoría, control y vigilancia de toda la organización y funcionamiento del sistema, en vistas a la consolidación del Sistema de Atención Integral a la Salud de las PPL.

En este sentido, todas las instituciones involucradas: Ministerio de Salud, Ministerio del Interior, ASSE, INR y SDNSP, deberían formalizar ámbitos permanentes, para realizar el seguimiento de las acciones acordadas, evaluar el desempeño de los servicios y el cumplimiento de las metas propuestas que se definan.

Es aconsejable que en estos ámbitos se analicen los procesos desde dos perspectivas: las condiciones socio - ambientales de los establecimientos y del proceso de atención a la salud.

Las funciones de Rectoría, Control y Vigilancia, son cometidos específicos de los equipos de custodia y salud, que deberán validarse en los ámbitos de gobierno estratégico y local y estarán respaldados en los documentos técnicos, pautas y protocolos del proceso de atención.

9. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

En el relevamiento y análisis de estructura de los servicios de salud en los establecimientos de privación de libertad, se han detectado algunos nudos críticos, en los principales atributos con los que debe contar un sistema de atención basado en RISS, desde el ámbito de la Organización y Gestión:

- *Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.*
La distribución en todo el territorio de los centros de privación de libertad, sus diferentes complejidades y especialmente la responsabilidad compartida para la atención a la salud de las PPL, dificulta la integración de los sistemas de apoyo clínico y condiciona sus resultados a los esfuerzos y acuerdos que hacen las organizaciones de la red a nivel local.
- *Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.*

El análisis de la estructura y oferta de servicios de atención a la salud en los establecimientos muestra, en algunos casos, un desequilibrio entre las necesidades de la población del establecimiento y la oferta de servicios. Es preciso reconocer que la prestación de salud en ámbitos de privación de libertad tiene una tensión implícita entre el modelo de atención a la salud y el modelo disciplinador de cada establecimiento. Los integrantes del equipo de salud deben contar con competencias específicas para cumplir con el rol garante desde la perspectiva de la salud colectiva, la dignificación del ambiente carcelario, la inclusión social y el proceso rehabilitador.

- *Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.*

En las dependencias del INR está en proceso de implantación un sistema de información central, una aplicación informática que administra el paso por el Sistema Carcelario de un ciudadano privado de libertad, que será instalado en los centros de privación de libertad, para el registro de la información de las PPL, desde la perspectiva de su condición de privación de libertad (Sistema de Gestión Carcelaria – SGC).²⁸

Es recomendable que se utilicen los sistemas informáticos de registro de la actividad asistencial disponibles en ASSE (Historia Clínica Ambulatoria no Urgente – Escritorio Clínico, Consulta de Emergencia, Egreso Hospitalario, Sistema de Información Quirúrgica, Sistema de Gestión de Consultas y Sistema de gestión

28. La puesta en producción del SGC comenzó en enero de 2014, con un piloto en la Unidad N° “Femenino”. Esta etapa abarcó la información personal del Privado de Libertad, la gestión locativa del centro de privación de libertad, el control sobre la ejecución de la pena impuesta, movimientos internos como los traslados, movimientos provisorios como Salidas Transitorias y egreso del sistema por ejemplo las excarcelaciones.

de medicamentos) y que se avance en la interoperabilidad de los sistemas según los postulados definidos por el Gobierno Nacional con las directivas del Programa Salud.uy.

- *Gestión basada en resultados.*

Las dificultades para el cumplimiento de este atributo no se reducen a los servicios de salud responsables de la atención a las PPL, sino que es una debilidad en la que es preciso avanzar en la mayoría de los servicios de salud del SNIS. Los resultados del estudio epidemiológico realizado en este proyecto, permitirá definir una línea de base para algunas de las patologías prevalentes y acordar metas a alcanzar para mejorar los indicadores en los centros de privación de libertad.

Evaluar el cumplimiento de las hojas de ruta y protocolos de atención diseñados especialmente para la atención de la población privada de libertad.²⁹

En el capítulo Modelo de Atención, se detallaron las principales características que debe cumplir un modelo de atención basado en la estrategia de APS.

Dada la dispersión en todo el territorio nacional y la variabilidad en la cantidad de PPL en cada centro, se propone agrupar los establecimientos de privación de libertad de adultos en 5 categorías según la cantidad de PPL, con la finalidad de analizar la conformación de equipos básicos de salud para las diferentes realidades, justificar la carga variable de recursos, el modelo de prestación de los servicios de salud y su vinculación con la red de servicios del SNIS.³⁰

Cuadro 1 - Categorías según cantidad de PPL

Categoría	N° de PPL
1	hasta 70
2	71 a 250
3	251 a 999
4	1.000 y más

En este capítulo se presenta una propuesta de organización de los servicios para la atención de adultos, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención, líneas de trabajo para asegurar la continuidad de las prestaciones del segundo nivel de complejidad y la propuesta de la instalación de un Hospital Penitenciario, de segundo nivel, como apoyo a la oportunidad en la atención a la salud en centros de gran concentración de PPL.

29. Resultado 3.1 Producto 3.1.1. *Protocolos de atención*

30. La situación de los adolescentes se incluye en el Capítulo 13

9.1. Primer nivel de atención

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

9.1.1. Competencias específicas en el ámbito de la privación de libertad

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

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

9.1.2. Principales ejes de acción

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

- Promover la relación médico-paciente en el marco de la modalidad de médico de referencia, médico de continuidad o médico de área.
- Realizar prácticas de atención con enfoque de atención primaria en todas las etapas de la permanencia de los internos, desde la perspectiva de género y generaciones, integralidad y continuidad de la atención, así como acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad en forma sistemática.
- Capacitar y orientar permanentemente a los integrantes del equipo de salud, operadores penitenciarios y personal de custodia e incorporar el modelo participativo de PPL referente de salud o agente de salud.

-
- Promover la articulación sistemática de encuentros con las autoridades responsables de la gestión de los servicios penitenciarios, a nivel local y central, de forma de identificar oportunidades para la mejora en la comunicación y la planificación de la atención a las personas y al medio.
 - Definir en conjunto las condiciones necesarias para salvaguardar la seguridad del personal de salud en su lugar de trabajo.

9.1.3. Promoción y prevención

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

*La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los **determinantes de la salud** y en consecuencia mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.*

Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, OMS, Ginebra, 1986

Generar sistemas de promoción de la salud en los centros de privación de libertad

Para generar una comunidad saludable se precisa que el cuidado del modo de vida sea una herramienta aprehendida por la comunidad. 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. El sistema de salud debe coordinar la capacitación adecuada, la difusión y socialización de las herramientas y conocimientos centrales que promuevan el cuidado y vida saludable.

Realizar actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento del autocuidado: *información y asesoramiento sobre factores de riesgo y estilos de vida saludables y actividades de educación para la salud en dinámicas grupales.*

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

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

*En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a **factores de riesgo** identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.*

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

Desarrollar estrategias de prevención

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

- Asegurar la vacunación según el calendario vigente y aprobado por la autoridad sanitaria para la población general y para grupos de riesgo ante situaciones que epidemiológicamente lo requieran.
- Indicar y administrar la quimioprofilaxis de los contactos en los casos necesarios.
- Realizar actividades para prevenir la aparición de enfermedades y actuar sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para realizar el diagnóstico precoz y detección en fase pre-sintomática (prevención secundaria). El equipo de salud debe participar activamente en la promoción de los entornos saludables, como una vertiente fundamental de la prevención y en el marco del cumplimiento de su rol como garante de derechos.

9.1.4. Atención programada y a demanda

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

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

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

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

Si bien el equipo básico de atención se integra en el primer nivel por el médico generalista o de familia, en condiciones de privación de libertad este profesional debe ser apoyado sistemáticamente por psiquiatra y odontólogo.^{31,32} La salud mental se encuentra en severo riesgo en situación de encierro y la evaluación sistemática de dicha condición debe estar presente en toda intervención de salud hacia las PPL. La participación de otras disciplinas médicas (ej.: infectólogo, internista, dermatólogo, oftalmólogo, cirujano) o no médicas (ej.: psicólogos y trabajadores sociales), deberán integrarse a los equipos según requerimientos y cantidad de PPL de cada establecimiento.

La definición del *médico de referencia, de continuidad o médico de área* para cada PPL, que organiza la atención a demanda y programada según módulos o celdarios, facilita el acceso a la consulta, evitando la conducción por el personal de custodia u operadores penitenciarios y mejora la oportunidad de la atención.

En los establecimientos con mayor número de PPL, donde hay mayor posibilidad de personas con patologías crónicas, es conveniente contar con un médico internista que

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

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

apoye al médico de referencia en el seguimiento de las patologías prevalentes (diabetes, HIV, BK) y evite la conducción periódica a servicios externos.

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

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

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

9.1.5. Atención de urgencia

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

El procedimiento definido para la prestación del servicio y su modelo organizativo, estará de acuerdo con las categorías de establecimientos y la realidad de la red de servicios a nivel local y regional. Puede ser organizada como una prestación en servicio propio en cada establecimiento o mediante acuerdos de cobertura con otros efectores de la red.

Cabe señalar que el traslado de los técnicos del servicio de salud a los celdarios para brindar atención urgente es cuestionada por diversos motivos: por la escasez relativa de recursos respecto de la situación en el servicio centralizado (planta física inadecuada y dificultad en la disponibilidad de instrumental y medicación) y especialmente por la condición de

inseguridad de los técnicos en su acceso al celdario. Se ha definido que la concurrencia a los celdarios se realizará en forma excepcional para la atención a la urgencia, en casos de intentos de autoeliminación, politraumatismos y quemados.

La atención urgente se cubre en condición aceptable en los centros en que existe el servicio de guardia interna. En los establecimientos sin guardia interna se debe asegurar el traslado al servicio de salud de la red más próximo.

En las situaciones que se requiere el traslado fuera del establecimiento de privación de libertad, una de las principales dificultades radica en las condiciones del traslado, ya que en la mayoría de los casos se realiza en un móvil policial, que no reúne las condiciones necesarias para estabilizar el paciente y realizar su traslado en forma segura. Del mismo modo, otra dificultad estriba en la disponibilidad de custodia para la realización de los mismos.

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

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

9.1.6. Estructura de recursos humanos para la atención de adultos en el primer nivel

En base a las categorías de establecimientos definidas anteriormente según cantidad de PPL, se detalla a continuación una propuesta de integración del *equipo de salud* y el modelo de trabajo para cada categoría.

En todas las categorías se incluye la participación de Licenciados en Trabajo Social, con un modelo de trabajo que contemple el apoyo de esta disciplina con una concepción integral de la persona, en la que se incluya el componente salud como uno más. Actualmente existe este recurso vinculado a la actividad en centros de privación de libertad en forma expresa, participante de las subdirecciones técnicas de cada establecimiento, que debería coordinar con el equipo de salud.

A modo de resumen y del análisis de la información disponible del estudio de relevamiento de recursos realizado en el marco del proyecto, seguidamente se destacan las principales características del proceso asistencial actual, de acuerdo a relevamiento de recursos y gestión de procesos de salud cumplido a inicios del 2015.

Cuadro 2 - Propuesta de integración del equipo de salud y modelo de trabajo:

CATEGORIA 1		hasta 70 PPL
Médico de referencia	1 vez por semana, 4 horas por visita, evaluar seguimiento de crónicos	
Auxiliar de enfermería	36 hs/semana, de lunes a sábado	
Odontólogo	1 vez por semana, 4 horas por visita	
Médico Psiquiatra	1 vez por semana, 4 horas por visita	
Lic. en Psicología	1 vez por semana, 4 horas por visita	
Lic. en Trabajo Social	tarea integrada con recurso asignado a centro de privación de libertad	

CATEGORIA 2		de 71 a 250 PPL
Médico de referencia	2 veces por semana, 4 horas por visita	
Auxiliar de enfermería	168 hs/semana, de lunes a domingo, en 4 turnos + turnante	
Odontólogo	2 veces por semana, 4 horas por visita	
Médico Psiquiatra	1 vez por semana, 4 horas por visita	
Lic. en Psicología + Operador terapéutico	1 vez por semana, 4 horas por visita	
Lic. en Trabajo Social	tarea integrada con recurso asignado a centro de privación de libertad	

CATEGORIA 3		de 251 a 999 PPL
Médico de guardia - urgencia	56 hs/semana , de lunes a domingo, en centros hasta 500 PPL 168 hs/semana, de lunes a domingo, en centros de más de 500 PPL	
Auxiliar de enfermería - urgencia	168 hs/semana, de lunes a domingo, en 4 turnos + turnante	
Médico de referencia	24 hs/semana, mínimo 5 días a la semana, 1 cada 500 PPL	
Auxiliar de enfermería policlínica	36 hs/semana, de lunes a sábado, en más de 500 PPL	
Odontólogo	3 veces por semana, 4 horas por visita, hasta 500 PPL 4 veces por semana, 4 horas por visita, en más de 500 PPL	
Médico Psiquiatra	2 veces por semana, 4 horas por visita, hasta 500 PPL 3 veces por semana, 4 horas por visita, en más de 500 PPL	
Lic. en Psicología + Operador terapéutico	2 veces por semana, 4 horas por visita, hasta 500 PPL 3 veces por semana, 4 horas por visita, en más de 500 PPL	
Lic. en Trabajo Social	tarea integrada con recurso asignado a centro de privación de libertad	

CATEGORIA 4	más de 1000 PPL
Médico de guardia - urgencia	366 hs/semana, de lunes a domingo, 2 por turno
Auxiliar de enfermería - urgencia	366 hs/semana, de lunes a domingo, en 4 turnos + turnante, 2 por turno
Médico de referencia	24 hs/semana, mínimo 5 días a la semana, 1 cada 1000 PPL
Auxiliar de enfermería policlínica	72 hs/semana, de lunes a sábado, en 2 turnos, en más de 1000 PPL
Odontólogo	5 veces por semana, 4 horas por visita, un puesto cada mil PPL
Médico Psiquiatra	4 veces por semana, 4 horas por visita, agrega 2 veces cada 1000 PPL
Lic. en Psicología + Operador terapéutico	5 veces por semana, 4 horas por visita en más de, agrega un equipo cada 1000 PPL
Lic. en Trabajo Social	tarea integrada con recurso asignado a centro de privación de libertad

Medicina general y enfermería:

La dotación de médicos generalistas y enfermería es adecuada en cuanto al número de recursos asignados en la gran mayoría de los centros de privación de libertad, si bien existe falta de cobertura en algunos días en algunos centros.

Es necesario avanzar en acuerdos de cobertura con los servicios de la red, para asegurar la atención, en especial en aquellos centros incluidos en las categorías 1 y 2 que son los de menor número de PPL, que no justifican la asignación de recursos exclusivos.

Odontología:

La atención odontológica es deficitaria, sólo 8 de los 28 centros reportan contar con este recurso.³³ Salvo en la Unidad N°6 de Punta de Rieles, en la que funciona el programa piloto para la atención odontológica, en los otros centros la oferta de horas de atención no se adecua a las necesidades de las PPL.

La coordinación con los servicios de la red y el aumento de los recursos asignados en esta disciplina, no será un tema fácil a resolver por la baja disponibilidad en los servicios del SNIS y en especial en los servicios públicos.

Salud Mental:

La atención en Salud Mental es una de las disciplinas con más carencias. Sólo en 6 de los 28 centros se informa la presencia de Médico Psiquiatra,³⁴ con muy baja carga horaria asignada, salvo en la Unidad N° 10 Juan Soler. La atención por Operador Terapéutico y/o

33. Unidad N°9 El Molino, Unidad N° 5 Femenino, Unidad N° 12 Rivera, Unidad N°13 Maldonado, Unidad N° 6 Punta de Rieles, Unidad N° 7 Canelones, Unidad N°3 Libertad, Unidad N°4 Santiago Vázquez

34. Unidad N°2 Chacra Libertad, Unidad N° 10 Juan Soler, Unidad N° 5 Femenino, Unidad N° 13 Maldonado, Unidad N° 7 Canelones, Unidad N°4 Santiago Vázquez.

Psicólogo, también solo está presente en 6 centros,³⁵ en 2 de los cuales coinciden con la presencia de Médico Psiquiatra.

Otras disciplinas:

La presencia de otros especialistas es variable y se ha ido adecuando a algunas de las características de las PPL de cada establecimiento y a la posibilidad concreta de contar con ese recurso. Como ejemplo, en la Unidad N° 5 Femenino hay pocas horas al mes de médico infectólogo, así como consulta semanal de ginecólogo y pediatra; en la Unidad N° 7 Canelones, la situación de atención a personas portadoras de BK ha determinado la asignación de horas de infectólogo y neumólogo.

9.1.7. Planta física de los servicios en el primer nivel

Según la información relevada puede concluirse, a modo de síntesis, que los servicios de salud dependientes de ambas instituciones (ASSE y SDNSP) son en general de dimensiones reducidas, con una única unidad asistencial.

La ubicación de los servicios presenta dificultades en algunos casos para el acceso de emergencias por estar lejos de los módulos (Ej.: Libertad, Santiago Vázquez, Maldonado).

La definición que la atención a la salud de las PPL debe cumplir con los requisitos establecidos para los servicios del SNIS, implica que es importante continuar avanzando en la adecuación de las plantas físicas en consonancia con lo establecido en el Decreto 416/02 sobre Normas de habilitación para establecimientos asistenciales, en lo que refiere a dimensiones, ventilación, iluminación y equipamiento.

Un aspecto que debe ser especialmente tenido en cuenta en la planificación o ubicación de los servicios asistenciales es la condición de seguridad para el personal de salud. La infraestructura debe permitir el aislamiento y salida segura ante situaciones en que se altere el normal funcionamiento del establecimiento, por situaciones de violencia o motines.

En base a las categorías de establecimientos según número de PPL, se presenta una propuesta de sectores a incluir en los servicios de primer nivel de atención:

35. Unidad N°9 El Molino – Psicólogo, DNSP Jefatura Tacuarembó – Psicólogo, Unidad N° 5 Femenino- Psicólogo, Unidad N°6 Punta de Rieles – Psicólogo y Operador, Unidad N° 3 Libertad – Psicólogo, Unidad N°5 Santiago Vázquez – Psicólogo y Operador

Cuadro 3 - Propuesta de infraestructura según categorías de establecimientos de acuerdo a cantidad de PPL

	CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3	CATEGORIA 4
	hasta 70 PPL	de 71 a 250 PPL	de 251 a 999 PPL	de 1000 y más PPL
Sala de espera	1	1	1	1
Consultorios en servicio central	1	1	2	3
Consultorios por sectores		1 por sector	1 x sector	1 x sector
Consultorio odontológico	1 (equipo portátil)	1 (equipo portátil)	1	1
Box de reanimación	0	1	1	1
Box de atención de urgencias	0	1	2	2
Enfermería	0	1	1	2
Farmacia	botiquín agudos y crónicos	botiquín agudos y crónicos	1	1
Administración	0	1	1	1
Cuarto de guardia	0	0	1	1
Baño para personal	1	1	2	2
Baño para PPL	0	0	1	1

9.1.8. Recursos materiales en el primer nivel

El detalle del equipamiento de los servicios deberá adecuarse a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, según lo regulado por la División de Habilitación Sanitaria en base a las disposiciones establecidas en el Decreto del Poder Ejecutivo N° 416 del año 2002 y en el caso de la consulta ambulatoria no urgente también del Decreto N° 13 del año 2007.

9.2. Segundo nivel de atención en acuerdo con la red de servicios

El traslado de una PPL al hospital para una consulta, es siempre un proceso complejo, que consume recursos y tiempo y que por estas razones es probable que se ponga en riesgo la oportunidad de la interconsulta.

Es preciso avanzar en la formalización de los acuerdos de trabajo conjunto (generación de convenios de cooperación) con centros de salud y hospitales de la red pública, a nivel local, regional y nacional.

La telemedicina constituye una herramienta muy útil para realizar interconsultas con especialistas hospitalarios sin necesidad de que éstos ni los pacientes tengan la necesidad de desplazarse. Hay experiencias en nuestro medio, en ASSE entre hospitales de referencia nacional y hospitales del interior.

9.3. Segundo nivel de atención – el Hospital Penitenciario

Desde ya hace muchos años se ha planteado en nuestro país la necesidad de contar con servicios de hospitalización que reúnan las condiciones de seguridad para atender a las PPL. En el año 1998 se creó en el Hospital General del Centro Hospitalario del Norte “Gustavo Saint Bois”, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado – ASSE,³⁶ una Sala Penitenciaria para satisfacer las necesidades de atención de esta población cuando su patología supera la capacidad de resolución en los centros de privación de libertad.

Los servicios de salud instalados en los establecimientos con mayor población privada de libertad, tiene servicios de atención ambulatoria no urgente y servicio de urgencia en algunos de ellos, que no dan respuesta a la totalidad de los problemas de salud de las PPL. En caso de necesitar estudios de diagnóstico, consultas con especialistas e internación, es necesario la derivación a unidades asistenciales de mayor nivel de complejidad, en su casi totalidad pertenecientes a la Red de Servicios de ASSE de todo el país.

Hay acuerdo entre las autoridades, del Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Rehabilitación y Administración de los Servicios de Salud del Estado, que la construcción y puesta en funcionamiento de un Hospital Penitenciario es una necesidad para avanzar en la mejora de la atención a la salud de las PPL en nuestro país.

9.3.1. Características de la población objetivo

Según datos a noviembre de 2014, el total de PPL en el país ascendía a 10.159 personas, 9.628 adultos (95%) y 531 menores (5%).

36. ASSE es el principal prestador público, con cobertura en todo el territorio nacional, responsable de la atención de 1.300.000 personas.

Del total de la población adulta, el 94% corresponde a hombres (9.034) y el 6% a mujeres (594).

Del total de los adultos hombres privados de libertad, el 65% (6.275) está concentrado en los establecimientos de privación de libertad de los departamentos de Montevideo, Canelones y San José.

Esta distribución permite definir, en esta etapa, como criterio de inclusión para la población a asistir en el hospital penitenciario a *“adultos hombres privados de libertad, provenientes de los establecimientos de privación de libertad de departamentos de Montevideo, Canelones y San José”*.

No se consideran en esta oportunidad a las mujeres y los menores de edad, en tanto su número no justifica, en principio, la instalación de servicios de internación específicos. No obstante deberá analizarse la pertinencia de adecuar salas de internación en la red de servicios de salud, para responder a las necesidades específicas de estos grupos de PPL.

9.3.2. Epidemiología

Al 2014, la población adulta de PPL en el total de los establecimientos, tenía un promedio general de edad de 24 años.³⁷

Según los datos del Primer Censo Nacional de Reclusos, realizado por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR en Diciembre de 2010, el 84.4 % correspondía a PPL de 18 a 45 años de edad.

Para hacer una estimación de utilización de las camas de internación, así como las principales afecciones que motivarían los egresos del hospital penitenciario, se analizaron dos fuentes de datos:

- Los resultados del diagnóstico epidemiológico (estudio de corte transversal sobre morbilidad prevalente), realizado en el marco del proyecto, cuyo objetivo es el de contar con una línea de base para la formulación y diseño de un sistema integral de atención a la salud. El estudio está en la fase de análisis de los datos, luego de lo cual podrá tomarse esta información para ajustar las estimaciones realizadas.
- Los datos de egresos de los hospitales de ASSE del año 2014, para hombres en dos grupos de edad: de 20 a 44 y de 45 a 49 años.

Se toman como supuestos:

- Que la población de adultos hombres privados de libertad se comportarán como la población de ASSE de ese grupo de edad, en lo que refiere a las principales afecciones que motivan los egresos hospitalarios.

37. PROYECTO: SALUD EN CENTROS DE INTERNACIÓN DE PRIVADOS DE LIBERTAD: Identificación de Áreas y componentes de intervención en Género, Derechos y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. - Informe de Consultoría Técnica - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD - Agosto de 2014

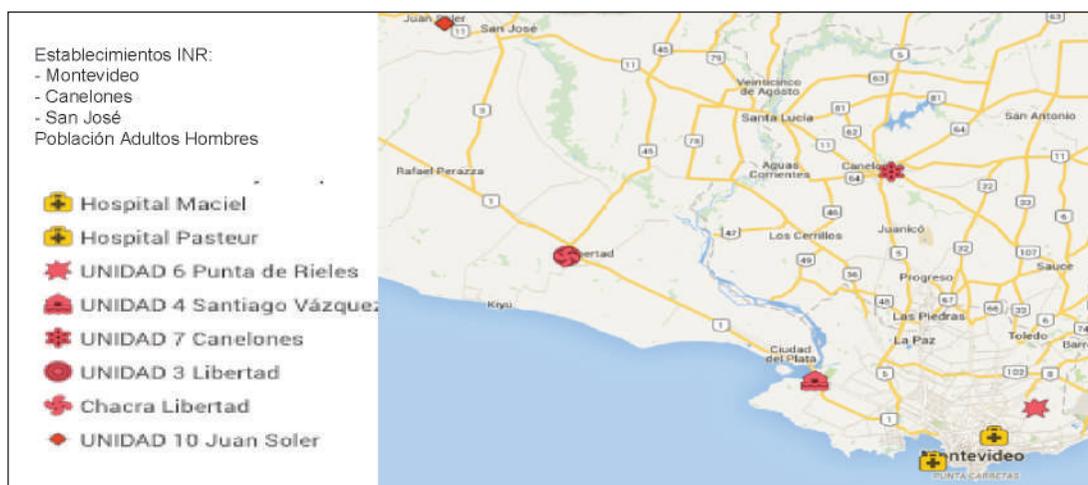
- Que para esos grupos de edad la principal causa de egreso la constituyen los *Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencia de causas externas (capítulos de CIE-10 S00 aT98)*, situación motivada principalmente por accidentes de tránsito, que podrían corresponderse con las lesiones diversas en el caso de las PPL.

En ASE en el año 2014, la tasa de egresos de cada 100 usuarios en los dos grupos de edad es similar (4,7 para el primer grupo y 5,0 para el segundo).

Las afecciones principales que motivaron egresos hospitalarios en esos grupos de edad se concentran en 4 categorías³⁸ (Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencia de causas externas: S00-T98, Trastornos mentales y del comportamiento: F00-F99, Enfermedades del sistema digestivo: K00-K93 y Enfermedades del sistema respiratorio: J00-J99), que explican el 62% de los egresos en el grupo de 20 a 44 años y el 54 % de los egresos en el grupo de 45 a 49 años.

9.3.3. Entorno físico

En tanto el 51% de las PPL que cumple con este criterio se encuentra en el establecimiento Unidad N°4 – Santiago Vázquez, resultaría conveniente que el futuro hospital penitenciario estuviera en esa dependencia o lo más cercano a ella que fuera posible.



En esta ubicación, la llegada a los hospitales de referencia nacional de 3° nivel de complejidad de Montevideo se realizaría en un plazo de 30 minutos a una hora.

38. Lista de tabulación para la Morbilidad de la CIE-10 OPS/OMS

9.3.4. Modelo hospitalario

El hospital penitenciario debería integrarse a los servicios dependientes del SAI-PPL de ASSE y establecer un acuerdo de trabajo para la coordinación y cobertura de especialidades con los hospitales de 3° nivel de la red Pública en las diferentes especialidades y eventualmente con otros prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

- Nivel de complejidad, modelo de atención y cartera de servicios

Se plantea la construcción de un hospital para la atención de patología aguda, de 2° nivel de complejidad, con salas semiprivadas polivalentes y aislamientos, para pacientes con patología médica, quirúrgica y psiquiátrica, con servicio de imagenología simple y laboratorio para estudios básicos, con la posibilidad de instalar a mediano plazo un servicio quirúrgico para procedimientos coordinados de baja complejidad.

La atención en el servicio de internación estará a cargo de médicos generales de planta, de guardia interna, con personal de enfermería auxiliar y profesional con la dotación adecuada a ese nivel de complejidad y número de camas de dotación.

Se dispondrá de médico (de preferencia especialista en Medicina Interna) con régimen de cobertura horizontal, para la visita diaria coordinada, que asegure la continuidad de la atención.

En caso de instalación del servicio quirúrgico, el equipo deberá dotarse de los recursos que permitan realizar procedimientos coordinados de 2° nivel de complejidad, así como asegurar la continuidad de la atención en modelo de visita horizontal según las necesidades. Se plantea que este equipo de profesionales esté integrado funcional y técnicamente a uno de los hospitales de 3° nivel de complejidad, para asegurar la continuidad de la atención en caso de derivación de los usuarios.

Otras especialidades y disciplinas deberán coordinarse con los hospitales de referencia de Montevideo o mediante la contratación de servicios a terceros, serán de consulta programada y planificada según requerimientos. Deberá establecerse un acuerdo de cobertura con las disciplinas priorizadas.

El hospital deberá contar con un servicio de traslados especializados que asegure la oportuna derivación de pacientes a los servicios de referencia de 3° nivel de complejidad. Podrá disponerse de una base de salida en el propio establecimiento o en un servicio cercano y se analizará la forma más viable para la provisión de este servicio (ej.: servicio propio o contratado).

- Área de hospitalización

Se propone un área de internación con una dotación total aproximada a las 50 camas. El 90 % estará distribuido en salas semiprivadas de 2 a 4 camas, con baño privado. El 10 % (5 camas), serán camas individuales con baño privado para aislamiento.

Se estima que aproximadamente el 50% de la demanda actual de atención a PPL en los hospitales mencionados corresponde a patologías que no estarían incluidas en la cartera de prestaciones de 2° nivel de complejidad. Para estos casos, sería recomendable que los hospitales de 3° nivel de complejidad contaran con salas semiprivadas, debidamente acondicionadas y con las medidas de seguridad necesarias para responder a esta demanda, en el modelo de salas de circulación restringida.

El área de tratamiento para PPL con tuberculosis, con necesidades de cuidados mínimos de la Unidad N°7 Canelones, debería mantenerse en la situación actual, con la mejora que surja de la implementación de los protocolos de atención consensuados y ajustando los procedimientos de vinculación con la red de servicios local.

- Área de urgencias

La planta del servicio de urgencias deberá estar integrada al área de hospitalización y de consulta ambulatoria no urgente.

Se utilizará la estructura actual, en tanto pueda vincularse funcionalmente.

- Área de consulta ambulatoria no urgente

Se utilizará la estructura actual, en tanto sea posible vincularla funcionalmente al sector de internación y emergencia. En los establecimientos de más de 500 PPL, es necesario adecuar un área para la instalación de un consultorio anexo a los celdarios para consulta programada, con la finalidad de disminuir los traslados y asegurar la oportuna atención de las PPL.

- Servicios de Apoyo asistenciales

Farmacia: se dotará con un auxiliar de farmacia, para la gestión de la medicación en el área. La supervisión por Químico Farmacéutico deberá coordinarse con la UE SAI-PPL de ASSE.

Registro de documentación clínica y coordinación de consultas programadas: un auxiliar de registros médicos en funcionamiento horizontal de lunes a sábado, para gestión de la documentación clínica y coordinación de consultas programadas en los servicios de la red.

Economato: gestionado por personal de enfermería, concentrará el abastecimiento de material e insumos para las diferentes áreas de atención.

Alimentación: deberá contar con la supervisión de un Lic. en Nutrición para la planificación de la alimentación especial, que coordinará con la cocina del establecimiento la administración de los menús. En el área de internación se realizará la adecuación de la alimentación para cada interno en una tisanería, que dispondrá de colaciones para casos de necesidad.

9.4. Continuidad de la atención, referencia y contrarreferencia

La continuidad del seguimiento del proceso salud-enfermedad en instituciones públicas de salud del SNIS es una necesidad: en vista de la dificultad al acceso a la atención en que podría encontrarse la persona que recupera la libertad, la asociación con hospitales de la comunidad resulta estratégica para la continuidad del proceso. Por otro lado, la adecuada articulación con las instituciones de salud permitirá el eficaz sistema de referencia y contrarreferencia para interconsultas y estudios de mayor complejidad. Por lo tanto, se requiere la celebración de convenios con los hospitales públicos, con enfoque nacional y regional.

Atención en servicios de tercer nivel: Unidades de Acceso Restringido

La creación de un hospital penitenciario de baja complejidad permitirá resolver un porcentaje importante de la atención de la población PPL y con ello disminuir los traslados a hospitales de la red. No obstante, la situación epidemiológica de la población privada de libertad en Uruguay no justifica la instalación de un hospital de mayor nivel de complejidad.

En algunos países se han instalado *Unidades de Acceso Restringido* para la atención sanitaria de PPL en los hospitales generales.³⁹ La construcción de estas unidades ha asegurado el derecho de los PPL a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que el resto de la población, ha evitado las molestias y disminuido los riesgos a los otros usuarios, a la vez de reducir el esfuerzo de los responsables de la seguridad y la custodia.

La instalación de unidades con estas características en dos de los hospitales de referencia nacional de Montevideo y en los hospitales de referencia regional en el interior, permitirá mejorar la oportunidad en la atención, a la vez de optimizar el uso de la capacidad instalada de los servicios especializados de los hospitales de la red pública.

Readaptación social para la continuidad de la atención.

Durante la estadía dentro de los establecimientos de privación de libertad, todas las PPL tienen acceso completo a la atención del proceso salud-enfermedad. En muchas situaciones, recuperar la libertad genera una situación crítica, que puede imponer un obstáculo más a dicha accesibilidad, con el riesgo de discontinuar tratamientos en enfermedades crónicas, con el consiguiente riesgo sanitario. El seguimiento del adecuado traspaso del ámbito de contención del proceso salud-enfermedad-atención es un aspecto central que precisa de la colaboración articulada con los efectores de salud de las distintas comunidades. Es preciso consolidar un acuerdo de seguimiento en esta situación que requiere de convenios explícitos con los centros de atención de salud y hospitales de la comunidad, junto con una previsión y adecuado pasaje de información entre el área social y sanitaria.

39. En el Balance del año 2000 del Ministerio del Interior de España, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias informa del funcionamiento de 36 unidades de estas características en los hospitales públicos.

10. PROCESO DE ATENCIÓN

10.1. Proceso de atención en el primer nivel

Se plantea que el proceso de atención en el primer nivel del sistema de salud penitenciario, debe realizarse desde dos perspectivas o dimensiones de acción: *la atención a las personas y la atención al ambiente*:

La *atención a las personas*, que contemplará la atención a las PPL y pautas generales para la atención a la salud del personal del equipo de salud y responsables de la custodia

La *atención al ambiente*, que refiere al rol que deben cumplir los integrantes del equipo de salud respecto a la vigilancia del entorno y de las condiciones ambientales, alimentarias y sociales, con enfoque de salud colectiva.

Estas 2 dimensiones vinculan con las funciones descritas por las Reglas Mínimas para el personal de salud penitenciario, en particular los médicos, que fueron detalladas en el Capítulo: *Marco Institucional y Gobernanza – El equipo de salud como garante de derechos*.

Funciones de los médicos y equipos de salud de establecimientos penitenciarios*

- *El médico como médico particular de una PPL.*
- *El médico como consejero de salud del director del establecimiento, para asesorarle en temas relativos al trato de las PPL (régimen de reclusión, trabajo).*
- *El médico – y el equipo de salud en su conjunto – con funciones de salud colectiva, supervisando e informando acerca de la salubridad del establecimiento y de las condiciones de vida en general.*

* “Manual de buena Práctica Penitenciaria – Implementación de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos” – Reforma Penal Internacional, 1997. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

10.1.1. Atención a las personas

10.1.1.1. Atención a las PPL

Las PPL tienen derecho a una adecuada atención a su salud, derecho establecido por la normativa nacional e internacional que no claudica por la condición de restricción de libertad.

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

Según fue señalado, el primer nivel de atención tiene la doble función de constituirse en puerta de entrada para la atención y resolución de la mayoría de las demandas de salud de las PPL y de coordinación de la atención longitudinal de salud asegurando la continuidad entre los niveles de atención.

El modelo de atención de salud en ámbito penitenciario tiene exigencias particulares que lo distinguen de las prestaciones en el medio externo:

- *Toda actuación del personal de salud debe ser a petición y a favor de la PPL, nunca en perjuicio de su salud. Necesidad de actualización permanente con relación a Reglas Mínimas de atención a reclusos.*
- *Exigencia de conocer la condición de salud al ingreso al sistema de privación de libertad.*
- *Complementación de la mirada biomédica con el conocimiento de sus condiciones de reclusión*
- *Exigencia de vigilar la salud de toda la población privada de libertad.*
- *Exigencia de revisión sistemática de salud en determinadas situaciones:*
 - *Evaluación de toda PPL que ingresa luego de una conducción o salida transitoria, o que es trasladada de un módulo a otro, para constatar eventuales lesiones.*
 - *Evaluación diaria de aquellas PPL que se encuentran en condición de aislamiento por condición de castigo.*
 - *Evaluación diaria ante medidas de ayuno.*
- *Jerarquía y sistematización de las actividades de promoción y prevención.*
- *Exigencia de conocer el perfil de la población bajo su cuidado a través de principales indicadores de la salud colectiva.*
- *Rol garante del equipo de salud hacia las condiciones del entorno, lo que implica involucramiento con el conocimiento de las mismas.*
- *Modalidad de entrega de la medicación, en particular psicofármacos.*
- *Atención in situ de carácter excepcional*
- *Conocimiento y cumplimiento del protocolo de actuación ante situaciones de motín.*

10.1.1.2. Atención a los trabajadores de salud y custodios

La implementación de medidas tendientes a optimizar las condiciones de trabajo del personal de salud, aplicando normas de higiene y seguridad, que abarquen igualmente a las PPL como al personal responsable de la custodia, constituye un elemento central en la apropiación del espacio de salud para toda la comunidad de los centros de privación de libertad, favoreciendo las prácticas de buen vivir que allí se encuentren representadas.

El trabajo en contextos de encierro tiene particularidades que requieren un abordaje específico en lo que refiere a la atención del personal. Durante el año 2012 se desarrolló un proyecto de Salud Ocupacional del personal penitenciario,⁴⁰ que identificó: alto desgaste laboral, asociado al ausentismo por causas de stress, síndrome de burn out y falta de motivación para con la tarea, entre otras. Este proyecto fue realizado en algunas unidades de internación (Rocha, La Tablada y Salto), con buena evaluación de los participantes, experiencia que podría evaluarse su replicación.

10.1.2. Atención al ambiente

Las “Reglas Mínimas de tratamiento a los reclusos” de Naciones Unidas planteaban, ya en el año 1955, el rol del equipo de salud respecto a la vigilancia del entorno y de las condiciones ambientales, alimentarias y sociales, con enfoque de salud colectiva.⁴¹

El enfoque de salud a las personas en las prisiones debe complementarse con la mirada de salud colectiva, en tanto los entornos pueden volverse insalubres sin los debidos cuidados, y generar daños evitables a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad por su condición de encierro: riesgos por agua no potable, por alimentación inadecuada, por mala ventilación, por polución de vectores, por higiene deficitaria, por carencias de apoyos socio-familiares, por exceso de tiempo ocioso.

En cumplimiento de este rol de garante del equipo de salud, las condiciones ambientales y de privación de libertad deben ser parte de la consulta y registrarse en la documentación clínica. Este enfoque integral de la prestación del primer nivel, permitirá al equipo de salud señalar a las autoridades las preocupaciones que afectan a la población PPL. Esto implica un modelo de articulación entre el referente o coordinador del equipo de salud y las autoridades de la Unidad, modelo hoy casi inexistente. Y también obliga a la coordinación interna del equipo de salud – no siempre tarea sencilla en grupos humanos con regímenes de guardia – coordinación necesaria para compartir este tipo de información brindada por las PPL.

Actualmente esta vigilancia del ambiente y gestión de las condiciones de privación de libertad son competencia de los equipos de Tratamiento y Seguridad de centros de privación de libertad. La asunción de competencias en esta vigilancia por parte de los equipos de salud exige un diseño específico en términos de recursos. Se propone que la responsabilidad de

40. Proyecto en colaboración con la Facultad de Psicología de la UDELAR, AECID y la Universidad Rey Juan Carlos III de España – Tomado de “Buenas prácticas en el Sistema Penitenciario: Avances en la Protección de los Derechos Humanos” – Ministerio del Interior 2013.

41. “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Ginebra, 1955. Aprobadas por el Consejo Económico y Social, Res 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y Res 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Art 26. 1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado.

Art 26.2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.

vigilancia, en cooperación con la Dirección de la Unidad y en coordinación con el equipo de salud pueda ser apoyada por operadores debidamente orientados.

Las Reglas Mínimas para el tratamiento de reclusos establecen que la vigilancia del entorno debe ser apoyada por el equipo de salud. Esta función exige que los referentes del equipo de salud coordinen las funciones de observación y vigilancia del entorno.

En algunos establecimientos, especialmente los de mayor concentración de PPL, esta función puede ser apoyada por el trabajo de los operadores.

11. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

La elaboración de Protocolos de atención para la intervención sanitaria en los centros de internación de personas adultas y adolescentes privadas de libertad, formó parte del Producto 3.1.1 del proyecto:⁴² *“Sistema integral de atención sanitaria orientado por los principios de la Resolución OPS/CD 50.R8 – “La salud y los Derechos Humanos” en proceso de implementación en los centros de internación de personas privadas de libertad, con énfasis en atención primaria, previo diagnóstico”*,

Los protocolos pueden definirse como documentos de acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación.

Sus propósitos principales, en el marco del presente proyecto, son brindar a los usuarios de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a tomar decisiones en momentos de incertidumbre, contribuyendo a normalizar la práctica y disminuir la variabilidad de las intervenciones, constituyéndose en fuente de información para facilitar el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

Para su elaboración se implementó una metodología participativa, que en su primera etapa involucró a 43 profesionales y técnicos convocados por su formación específica y su experiencia práctica, provenientes de diferentes ámbitos institucionales de rectoría, académicos, provisión de servicios, gestión del sistema penitenciario, instituciones especializadas y organismos internacionales.

La selección de las situaciones, como la Atención al Ingreso, o las patologías cuya atención se incluyeron en el proceso de protocolización, se basó en algunos criterios definidos por el equipo técnico del Proyecto. Se valoró la importancia que tiene una atención homogénea y sistemática cuando las personas ingresan al Sistema Penitenciario, para la detección precoz, la adecuada atención de las PPL con patologías, asegurando continuidad y longitudinalidad del proceso asistencial, así como para lograr disminuir la probabilidad de transmisión de enfermedades en los ámbitos de privación de libertad. Estos criterios pesaron también en la selección de VIH-Sida y Tuberculosis como problemas sanitarios a ser abordados. La inclusión de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como Hipertensión Arterial y Diabetes, se basó en el efecto negativo y deletéreo sobre la salud que tiene su captación tardía y tratamiento inadecuado, con elevados costos de atención, así como los efectos benéficos para la salud del colectivo de PPL que implica la instauración de algunos criterios de promoción de salud y prevención de estas enfermedades, como son la adecuada alimentación, el estímulo de la actividad física y los ambientes libres de humo de tabaco.

42. Resultado 3.1. *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.*

La elaboración de los protocolos se planteó los siguientes propósitos:

- Brindar a los usuarios de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, en base al conocimiento científico sistematizado y las buenas prácticas en ámbitos de privación de libertad.
- Poner a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a tomar decisiones en momentos de incertidumbre, en base a una perspectiva de derechos y con enfoque de género.
- Detallar las actividades a realizar ante determinadas situaciones que requieren especificaciones técnicas explícitas.
- Contribuir a normalizar la práctica clínica disminuyendo la variabilidad de las intervenciones.
- Ofrecer una fuente de información que facilite el desempeño del personal que se incorpora a los servicios, orientándolos hacia una perspectiva de integralidad y promoción de salud.

12. PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD EN LAS CARCELES

“Las prisiones: una nueva oportunidad para la Salud”

*Revista Española de Sanidad Penitenciaria*⁴³

Ya se ha señalado la importancia del cuidado de la salud de las PPL para la salud pública en general. Las deficiencias en la atención de salud en los centros de privación de libertad pueden poner en peligro la salud pública y añadir riesgos para la salud en la comunidad. Afecciones de las PPL no tratadas debidamente en su período de privación de libertad, pueden suponer una amenaza para su entorno en el medio libre al momento del egreso de los establecimientos penitenciarios.

Transformar la privación de libertad en una oportunidad para la salud exige equipo suficientemente motivado en esta temática, que dedique tiempo a la planificación, que oriente al personal y a las PPL y fundamentalmente que tenga un fuerte liderazgo para lograr sostener las actividades programadas.

En la actualidad existen suficientes pruebas de que ciertas estrategias combinadas y mantenidas en el tiempo pueden contribuir a generar mejores condiciones de salud, con resultados medibles. Estas estrategias, integrantes de la promoción de la salud según la carta de Ottawa, son: construir una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales, y reorientar los servicios de salud, estrategias todas que pueden ser aplicadas a entornos específicos como las prisiones, para generar ambientes más saludables.

12.1. Plan de Promoción y Prevención de Salud

El Proyecto Justicia e Inclusión en su componente Salud, en su resultado esperado 3.2.1., establece la creación de un *Plan Integral de Promoción y Prevención de Salud en centros de privación de libertad* que esté diseñado con enfoque de género y generaciones, con propuestas participativas y herramientas didácticas.

Se propone un plan para el período 2016 – 2020, que define prioridades estratégicas, con análisis del punto de partida en cada área de intervención, metas al alcanzar al final del período y organismos responsables de su ejecución, tanto a nivel de los servicios de salud como de los centros penitenciarios.

El Plan tiene el propósito de contribuir a la mejora de las condiciones de vida y al bienestar de las PPL en el ámbito de la salud, tanto adolescentes como adultas de ambos sexos, a través del abordaje de programas de promoción, protección a la salud y prevención de enfermedades, que fomenten el autocuidado, el cambio en los estilos de vida y la promoción de entornos saludables, basados en la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

43. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/279/607/>

Las prisiones: una nueva oportunidad para la Salud REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

El Plan contempla dos *áreas de intervención*:

- Promoción de salud y prevención de enfermedades.
- Vigilancia de salud de personas y del entorno.

Promoción de salud y prevención de enfermedades: Acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad hacia los individuos y el colectivo.

Objetivo: Promover la salud y prevenir las enfermedades prevalentes de las PPL adolescentes y adultas de ambos sexos pertenecientes a las unidades de internación de todo el país, por parte de los equipos de salud y de los operadores penitenciarios / educadores.

Vigilancia de salud de personas y del entorno: Acciones de vigilancia del entorno y de emergentes patológicos.

Objetivo: Desarrollar acciones de vigilancia en salud hacia la población y el entorno.

La puesta en marcha de esta propuesta exigirá definiciones políticas y de gestión, que deberán validarse en los ámbitos de gobierno de las instituciones participantes, para posibilitar su implementación.

Se detallan las principales *definiciones y compromisos* a alcanzar en los diferentes ámbitos:

- o Liderazgo de la gestión política para asumir la importancia de estas acciones, la necesidad de su continuidad, que promueva la participación colectiva y articulación de los equipos y que asegure la paulatina incorporación de recursos para mejorar las condiciones de privación de libertad.
- o Liderazgo de gestión en los establecimientos, en consonancia con el liderazgo político central, para la participación en las acciones programadas, que contribuya a la orientación del personal, promueva la participación de las PPL y promueva la ejecución de las mejoras que se propongan.
- o Avanzar en la estrategia de educación para la salud con las PPL a partir del desarrollo de talleres orientados por referentes de salud y equipo de operadores/educadores promotores de salud que convoquen a las PPL de los distintos módulos y sectores de cada centro.
- o Tiempos destinados a la orientación periódica de los equipos de salud y del personal penitenciario en temáticas de promoción y prevención.
- o Acordar las competencias institucionales y de los equipos, de modo de favorecer el cumplimiento del rol garante de derechos y condiciones del entorno que se atribuye a los equipos de salud en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos, rol que necesariamente deberá compartirse con los operadores penitenciarios en los casos que corresponda.

13. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN⁴⁴

El resultado 3.1.2. del Proyecto Justicia e Inclusión, prevé el diseño de un Programa de Capacitación en prevención y atención a la salud orientado por los principios de la Resolución OPS/CD 50.RB – “La Salud y los Derechos Humanos”, destinado al personal de salud, operadores y educadores, y hacia personas privadas de libertad.

Como forma de adecuar la metodología y contenidos a las características especiales de los diferentes equipos de trabajo en los centros de privación de libertad, este programa constará de componentes dirigidos a la orientación en servicio de los equipos de salud y a la formación de los operadores/educadores y un tercer componente de educación para la salud de PPL a ser implementado en las propias unidades de internación, a partir del rol docente de referentes del equipo de salud y operadores/educadores promotores de salud.

Se plantea que programa de capacitación, tanto en su componente destinado a integrantes del equipo de salud, como al componente de capacitación para operadores/educadores, se incorpore como aporte del Proyecto Justicia e Inclusión al fortalecimiento del Centro de Formación Penitenciaria (CEFOPEN) dependiente del INR.⁴⁵

El reglamento general del CEFOPEN plantea la posibilidad de otorgar créditos en el proceso de formación del personal y también la posibilidad de coordinar actividades de intercambio con otras instituciones para mejorar la gestión de los centros de privación de libertad y la atención de las PPL.

Para el caso específico del programa de capacitación para integrantes del equipo de salud, se sugiere promover la coordinación con las instituciones formadoras, de manera que se reconozcan los módulos formativos en salud en centros de privación de libertad, que se puedan otorgar créditos académicos a los profesionales capacitados, así como promover la formación especializada.

13.1. Componente 1: orientación en servicio a equipos de salud en centros de privación de libertad

Este componente de orientación al equipo de salud tiene como principio guía al concepto de *Educación Permanente del Personal de Salud (EPPS)*, entendido como “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población”.⁴⁶

44. Resultado 3.1.2. Programa de capacitación en prevención y atención a la salud

45. Reglamento general del Centro de Formación Penitenciaria – CEFOPEN, Decreto 209/2015 del 3 de agosto de 2015

46. OMS/OPS: Serie desarrollo recursos humanos no. 100. Educación permanente de personal de salud.1994.Disponible en : http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/520/mod_resource/content/1/HaddadClasenRoschkeDavini.pdf

La orientación permanente, establecida en este componente, fortalece los conceptos de promoción de salud, incluye el apoyo a la participación de operadores y PPL, adoptando un rol garante según las normas mínimas y la mejora de calidad en las prestaciones en base a la aplicación de los protocolos establecidos

La responsabilidad de este componente debe ser compartida con las autoridades sanitarias respectivas y en acuerdo con las autoridades penitenciarias.

13.2. Componente 2: formación para operadores/educadores en salud en centros de privación de libertad

Este componente de formación para operadores y educadores de personas privadas de libertad tiene el propósito de educar y orientar en la difusión de prácticas saludables en las PPL, a través de actividades que favorecen la prevención y la promoción de la salud.

13.3. Componente 3: educación para la salud a PPL a partir talleres de Promoción de Salud

Como se señaló anteriormente, este componente de orientación a PPL se enmarca en la conformación de talleres de promoción de Salud, en los centros de privación de libertad, que fueron explicitados anteriormente en el Plan de Promoción y Prevención de Salud.

En tanto el resultado 3.1.2. del proyecto establece *“la implementación del Programa de capacitación en una primera cohorte de establecimiento según acuerdo con las partes”*, deberá validarse con las autoridades penitenciarias la forma más viable para cumplir con este compromiso.

14. CONDICIONES DE VIDA, EDUCACIÓN Y SALUD DE NIÑOS QUE VIVEN CON SUS MADRES EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

Niños que residen en prisión con sus madres: Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los PPL hacen referencia a la necesidad de proveer condiciones especiales a las mujeres privadas de libertad embarazadas,⁴⁷ las que acaban de dar a luz y también las que tengan su parto en estas circunstancias. Asimismo menciona las condiciones en las que deben estar sus hijos en caso de permitírseles convivir con ellas.

Las normas de Bangkok definen las condiciones en que deben vivir los niños que permanezcan con sus madres en los centros de privación de libertad. En nuestro país, la Ley 14.480 de diciembre de 1975, de Normas sobre privación de libertad carcelaria, establece en su Artículo 29 que las PPL con hijos menores de cuatro años podrán tenerlos consigo en el establecimiento, valorando siempre el interés superior del niño. Las autoridades están evaluando modificar el plazo dispuesto por la normativa vigente, de forma de proteger en primera instancia los derechos de los niños.

La condición en que viven estos niños es preocupación de las autoridades penitenciarias y de los equipos de salud, en tanto sufren las consecuencias relacionadas con los entornos poco saludables para el desarrollo infantil, así como situaciones particulares de violencia entre las PPL. Por ello, la decisión de mantener a los niños conviviendo en los centros de privación de libertad debe ser analizada en forma especial caso a caso, atendiendo a la situación familiar y eventuales fortalezas en otros miembros de la familia que puedan dar la debida atención fuera del ámbito carcelario. En caso que se decida que el niño permanezca con su madre en los centros de privación de libertad, es necesario que se apoye a las madres y se promuevan buenas prácticas de crianza.

Deben ubicarse a estos niños en lugares con mejores condiciones edilicias, de menor hacinamiento, en ambientes libres de humo de tabaco, con salida a espacios abiertos y equipamiento para el juego. Esta situación debe ser vigilada por el equipo de salud y operadores penitenciarios.

A noviembre de 2014, en el área metropolitana residían con sus madres en centros de privación de libertad 39 niños (26 en El Molino y 13 en el CNR), en un total de mujeres en estos centros de 383. No hay datos sistematizados de los niños en esta situación en el resto de los establecimientos, que a esa fecha contaba con 211 mujeres.

En el ámbito carcelario, los niños deben enfrentar las mismas dificultades que sus madres en cuanto a sus derechos en materia de educación, salud y vínculos con el exterior, pero

47. Regla 23: "1) En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres".

con un mayor grado de vulnerabilidad. La privación de la libertad de un niño junto con su madre afecta su derecho a la vida, ya que no se garantiza en la máxima medida posible su desarrollo, debido a que se lo mantiene en un medio donde es vulnerable a sufrir perjuicios o abusos.

El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas recomienda a los Estados Parte:

- Que garanticen condiciones de vida en la prisión que sean adecuadas para el pronto desarrollo del niño, de conformidad con el artículo 27 de la Convención. El comité alienta al Estado Parte a que pida asistencia a ese respecto, entre otros, a UNICEF y a otros órganos de las Naciones Unidas.⁴⁸
- Que examinen las prácticas vigentes de que los niños vivan con sus madres en la cárcel, con miras a que estas estadías se limiten a los casos en que se atienda al interés superior del niño y que se vele porque las condiciones de vida sean propicias al desarrollo armonioso de su personalidad.⁴⁹

Una de las estrategias para mitigar las dificultades que presentan los niños pequeños en contextos de encierro, es su integración a un Centro de Atención a la Infancia y la Familia – Plan CAIF. Los establecimientos con niños deberán contar con convenios con CAIF próximos y mecanismos que aseguren la concurrencia permanente del niño y facilitar la conducción de la madre en las instancias grupales para padres en los casos que corresponda.

48. Comité de los Derechos del Niño, Examen de los Informes Enviados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Observaciones finales: Tailandia, CRC/C/THA/CO/2, 17/03/2006, párr. 48.

49. Comité de los Derechos del Niño, Examen de los Informes Enviados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Observaciones finales: Nepal, CRC/C/15/Add.261, 21/09/2005, párr. 52

15. ATENCIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES CON MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD

En este capítulo se incluyen los aspectos específicos de la situación de los adolescentes con medidas privativas de libertad.

La propuesta de la estrategia para la atención integral de la salud de este grupo, cumplen con lo expresado en capítulos anteriores del informe: Un sistema de atención integrado a la red de servicios del SNIS, con un primer nivel de atención fortalecido, con acuerdos que aseguren la continuidad en toda la red, basado en la estrategia de APS. Un único sistema para todos los habitantes, con ajuste de prioridades según sus necesidades específicas y un nivel de cuidados, al menos, equivalente al de la población general.

La adolescencia es una etapa crucial en la vida de las personas así como un momento más del ciclo vital, con características específicas. Es una etapa de profundos cambios, así como de grandes retos, no sólo para las y los adolescentes sino para el conjunto de la sociedad. Esto se debe a la gran cantidad de aspectos, estrechamente interrelacionados, que intervienen en la conformación de la adolescencia, entre ellos los factores de tipo biológico-corporal, los psicológicos, los afectivos, así como los culturales y sociales en sentido amplio.

Desde una perspectiva biológica, las personas adolescentes experimentan cambios rápidos y progresivos en sus cuerpos, particularmente acentuados entre los 10 y los 13 años. En cuanto al desarrollo psicosexual, los cambios hormonales que se producen en la pubertad, traen como consecuencia tensiones en el comportamiento de los adolescentes, que contribuyen entre otros factores a la construcción de la identidad sexual y de género. Por otra parte, alrededor de los 12 años de edad se inicia un ajuste del desarrollo cognoscitivo en las personas.

Otro aspecto asociado, tiene que ver con conductas de riesgo, donde la violencia y el consumo de alcohol y otras drogas forman parte de las vivencias de muchos adolescentes. Los adolescentes son afectados en mayor medida que los adultos a las situaciones del contexto y a la presencia de pares al momento de tomar decisiones de riesgo.

Los factores relacionados con el sistema educativo y el ámbito laboral agregan una problemática especial a la adolescencia, donde una parte significativa de este grupo de población no ha dado sus primeros pasos en la construcción de su proyecto de vida.

En el caso de los adolescentes infractores esas conductas de riesgo probablemente han coincidido con otros aspectos de vulnerabilidad en el entorno y sin los mecanismos familiares y sociales de contención.

Las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad toman en consideración la situación especial de los adolescentes,⁵⁰ el respeto a sus

50. Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 45/113 del 14 de diciembre de 1990

derechos y la necesidad de integralidad de las acciones para promover la rehabilitación y reinserción social.

15.1. Adolescentes con medidas privativas de libertad.

Como se mencionó más arriba, entre los cometidos del INISA figuran “Propiciar un ambiente seguro en el que el respeto y la autoridad estén presentes de modo que los vínculos de confiabilidad puedan ser reparados”, y “Todos los cometidos y facultades del Instituto deberán ser cumplidos teniendo en consideración el interés superior del adolescente y en estricta observancia de la normativa nacional e internacional en la materia, lo que se expresa en el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos”. Esta explicitación favorece los conceptos de rehabilitación y derechos que vinculan también a mejores prácticas en materia de programas de salud.

Según datos a noviembre de 2014, el total de PPL en el país ascendía a 10.159 personas, 9.628 adultos (95%) y 531 menores de 18 años (5%). La población adolescente es mayoritariamente masculina, sólo el 5,6 % son mujeres. Están distribuidos en 9 centros de privación de libertad, ocho en el departamento de Montevideo y uno en Canelones.

15.2. Medidas cautelares e ingreso a centros de privación de libertad.

Cuando se inicia un proceso penal contra un adolescente que ha cometido una infracción, el juez, tras la audiencia preliminar, debe disponer de “las medidas cautelares necesarias que menos perjudiquen al adolescente”, según establece el artículo 76.5 del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), vigente en nuestro país.

De acuerdo al citado artículo, las medidas cautelares incluyen:

- prohibición de salir del país
- prohibición de acercarse a la víctima o a otras personas, de concurrir a determinados lugares o de tomar contacto con personas determinadas
- obligación de concurrir periódicamente al Tribunal o ante la autoridad que el Juez determine
- arresto domiciliario
- internación provisoria

Las medidas cautelares privativas de libertad,⁵¹ no pueden exceder los sesenta días sin que el juez dicte una sentencia definitiva. Pasado ese plazo, el adolescente debe ser dejado en libertad. Además y siempre de acuerdo a la misma norma, dichas medidas “solo podrán aplicarse si la infracción que se imputa al adolescente puede ser objeto en definitiva de una medida privativa de libertad”, o “siempre que ello sea indispensable” para “asegurar la comparecencia del adolescente a los actos procesales esenciales”, o “la seguridad de la víctima, el denunciante o los testigos”.

51. El arresto domiciliario y la internación provisoria, son medidas cautelares privativas de libertad.

Sobre este punto, las Reglas de Beijing establecen que la medida cautelar privativa de libertad debe ser excepcional,⁵² y por el menor tiempo posible. Señalan además, que “siempre que sea posible, se adoptarán medidas sustitutorias de la prisión preventiva, como la supervisión estricta, la custodia permanente, la asignación a una familia o el traslado a un hogar o a una institución educativa”.

A partir de la aprobación del CNA nuestro país se ha obligado a cumplir con las prerrogativas previstas en diferentes instrumentos de Naciones Unidas.⁵³ Según un estudio de la Fundación Justicia y Derecho y Unicef, en Montevideo, durante el año 2008, el 84% de las medidas cautelares fueron privativas de libertad. De esta cifra, el 69% correspondió a la internación provisoria, mientras que el 15% responde a la medida cautelar de arresto domiciliario. En Montevideo se observa “un aumento sostenido del empleo de la privación de libertad como sanción en las sentencias”. De un 43% en el período 2004-2005, se ha alcanzado el 54% en el año 2008.⁵⁴

Los adolescentes que, según la audiencia judicial preliminar, deben tener medidas cautelares de privación de libertad son ingresados al Centro Integral de Estudio, Diagnóstico y Derivación (CIEDD) del INISA por un lapso no superior a los 60 días,⁵⁵ plazo en que la justicia define la sentencia y su pasaje a los centros de medidas socio – educativas privativas de libertad en los casos que corresponda.

15.3. Reglas para la protección de los adolescentes privados de libertad - participación del equipo de salud.

La participación de los integrantes del equipo de salud está consagrada en las “Reglas para la protección de los adolescentes privados de libertad”,⁵⁶ con responsabilidades específicas durante todo el proceso de privación de libertad de los adolescentes.

Una vez ingresado el adolescente a un centro de privación de libertad, deberá ser evaluado por el equipo médico, que conjuntamente con el informe psicológico y social, informarán a la dirección del establecimiento para asesorar en cuanto al mejor lugar para su ingreso, así como sobre las necesidades de tratamiento específico.⁵⁷

Los adolescentes deberán recibir atención médica integral, tanto preventiva como correctiva, incluyendo la atención odontológica y de salud mental, la entrega de medicación y alimentación especial en los casos que corresponda.⁵⁸

52. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores, también conocidas como Reglas de Beijing. Art. 13.1: Sólo se aplicará la prisión preventiva como último recurso y durante el plazo más breve posible.

53. “Para la interpretación de este Código, se tendrán en cuenta las disposiciones y principios generales que informan la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, leyes nacionales y demás instrumentos internacionales que obligan al país”. Código de la Niñez y la Adolescencia. Artículo 4º.

54. Justicia Penal Juvenil, op. cit., p. 81

55. Los ingresos en Medidas Cautelares del CIEDD corresponden a adolescentes mayores de 15 años varones. Los varones menores de 15 años ingresan al Centro DESAFIO, donde permanecen en caso de sentencia con medidas de privación de libertad. Las mujeres ingresan al Centro Integral de Atención Femenino (CIAF), y ahí permanecen en caso de privación de libertad según sentencia.

56. Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 45/113 del 14 de diciembre de 1990

57. Regla N° 27

58. Regla N° 49

Los centros de privación de libertad para adolescentes deberán contar con instalaciones y equipos médicos adecuados para atención de la enfermedad física o mental y en lo posible en vinculación con los servicios de la comunidad cercanos al centro de privación de libertad, con la finalidad de evitar la estigmatización del menor y promover su integración a la comunidad.⁵⁹

Si bien hay responsabilidades específicas para el personal de salud, la protección de la salud física y mental de los adolescentes con medidas privativas de libertad es responsabilidad de todo el personal del establecimiento,⁶⁰ que deberá tratar de reducir al mínimo las diferencias en las condiciones de vida dentro y fuera del establecimiento.

15.4. Organización y Estructura de los servicios de atención a la salud de adolescentes con medidas privativas de libertad.

Hasta el año 2012, los adolescentes privados de libertad recibían atención a la salud en servicios ambulatorios en cada centro de privación de libertad, por parte de personal del servicio de salud del INAU y se coordinaba con el prestador público ASSE o eventualmente con prestadores privados, para la continuidad de la atención en otros niveles de complejidad.

A partir del 2012, con la creación del SIRPA, se establece que la responsabilidad de atención a la salud recae en el llamado “Programa de Medidas Curativas”, integrado por gran parte del personal de salud antes perteneciente al INAU. La atención en el área social y psicológica (Equipo técnico psico-social) se realizaba por profesionales que pertenecían al “Programa de Ingreso”, los que coordinaban acciones con el Programa de Medidas Curativas.

Los 9 centros de privación de libertad para adolescentes en 2014 se concentran en la región metropolitana. (Berro en Canelones, y los restantes 8 en Montevideo).

La mitad de las PPL adolescentes (269 de un total de 531, a noviembre 2014) se agrupan en el Centro Berro (que a la vez se integra con diferentes centros de privación de libertad y con un único servicio de salud para todas las unidades que lo componen). En el CIEDD están, en promedio 70 adolescentes en medidas cautelares y el resto de los centros tienen muy poca población, con un promedio de 25 adolescentes privados de libertad.

La actual dirección de INISA, recién asumida, tiene prevista la instalación de un centro de privación de libertad para adolescentes en el interior del país. Actualmente hay unos 10 adolescentes en centros de INAU con medidas privativas, en los departamentos de Lavalleja, Salto y Mercedes.

Cabe señalar que según la propuesta de desarrollo dialogada con referentes de dirección de INISA, los adolescentes mayores de 18 años pasarán a un centro específico en La Tablada.⁶¹ En dicho establecimiento, en proceso de refacción y adecuación, también se plantea agrupar

59. Reglas N° 49 y 51

60. Regla N° 87

61. Actualmente hay 120 adolescentes de 18 a 22 años, distribuidos en diferentes centros, que constituyen la quinta parte de la población adolescente privada de libertad.

a los adolescentes con medidas transitorias luego de su detención en calle, para evitar que pasen las primeras horas en las comisarías previamente a la audiencia preliminar. En este establecimiento también habrá un servicio de salud para ambas poblaciones, según se está planificando.

15.4.1. Recursos humanos

En el momento en que se desarrolló el relevamiento de RRHH por parte del proyecto en el SIRPA (2014), los recursos humanos asignados a la atención a la salud correspondían principalmente al Programa de Medidas Curativas, con la salvedad ya expresada anteriormente respecto a los profesionales que integran el equipo técnico psico-social.

Cuadro 4 - Recursos humanos asignados a la atención directa a las PPL adolescentes. Programa de Medidas Curativas – SIRPA (2014)*

TIPO DE RECURSO	Cantidad	OBSERVACIONES
Médico general / médicos de familia	14	Guardia semanal en Berro, en el resto de servicios horario de policlínica variable, de 1 a 5 días semanales
Psiquiatra	8	Carga horaria variable según los centros. Desde 30 hs en CIEDD y Berro a 4 hs en Desafío y otros.
Infectólogo	-	
Pediatra	-	
Ginecólogo	-	
Odontólogo	9	En CIEDD , 7 en Berro cubriendo amplio horario, y 1 en Desafío y 1 en CIAF con 2 o 3 turnos semanales
Psicólogo	6	No en Berro. 3 en Ceprili, 1 en Cimarrones, Colibrí y Paso a Paso.
	3	Otros 3 son integrantes del equipo que trabaja en el tema adicciones y se trasladan de centro en centro.
Psicomotricista	1	Apoyo a niños en CIAF
Lic. de Enfermería	6	
Auxiliar de enfermería	36	En todos los servicios salvo en Cimarrones Guardia de 24 hs en Berro, resto 30 hs/sem
Lic. en Trabajo Social	3	En Cimarrones, Ceprili y Paso a Paso.
Lic. en Nutrición	4	Concurren a 8 de los 9 centros. En Berro, CIAF y Desafío 30 hs/sem, en el resto una vez x semana
Administrativos	12	Concurrencia alguna hora por semana
Auxiliar de servicio	-	Concurren auxiliares de servicio del centro de privación de libertad
TOTAL	108	

*No incluye los recursos de los equipos centrales de gestión de dirección, proveeduría y transporte.

15.4.2. Atención en el Primer Nivel

La organización y modalidades de atención son diferentes según el centro que se trate. En el Centro Berro se brinda atención de guardia durante las 24 horas con personal médico y auxiliar de enfermería, en tanto en los demás servicios hay atención en policlínica en días específicos de la semana y apoyo de enfermería en un turno de lunes a viernes.

Se realiza *atención programada y a demanda*, con control médico de salud en forma periódica.

La *atención urgente* se cubre en condición aceptable en los centros en que existe el servicio de guardia interna y en los que no existe este servicio se asegura el traslado al centro hospitalario próximo.

La *atención odontológica* no está asegurada en todos los centros, tanto por falta de recursos humanos como por dificultades de equipamiento.

El *control obstétrico* en CIAF se realiza con médicos de familia, y apoyo ginecológico externo en caso de necesidad. El control pediátrico en Desafío también se cumple por médicos de familia, así como el de los niños de madres internadas (al momento de realizado el relevamiento, se trataba de uno o dos casos en CIAF).

La atención en *salud mental* en todos los servicios se brinda por médico psiquiatra y psicólogo, con cargas horarias variables según demanda. Se discrimina na atención psiquiátrica y la psicológica y se realizan actividades grupales especialmente en los casos de consumo problemático de drogas. Existen equipos técnicos de apoyo para el tratamiento de los casos de consumo, con un modelo de trabajo itinerante entre los centros.

La atención de *trabajo social* vinculada al Programa de Medidas Curativas es escasa – sólo en Cimarrones, CEPRILI y Paso a Paso.

La atención *alimentaria y nutricional* es una de las fortalezas. Se cuenta con nutricionistas en todos los centros, la elaboración de la comida es realizada por personal especializado, organizada y supervisada por nutricionistas responsables de la elaboración de las dietas.

La *medicación* es provista por INAU, siendo los medicamentos más demandados los analgésicos y antiinflamatorios, seguidos por los moduladores del humor y neurolépticos, y en tercer lugar por los antibióticos. Se realiza toma observada de la medicación que es entregada en cada turno en el celdario por parte de personal de enfermería.

Es preciso fortalecer los equipos de atención en el primer nivel, principalmente en lo que refiere a atención odontológica y en salud mental, así como priorizar la integración de equipos interdisciplinarios que permitan realizar un diagnóstico y tratamiento integral.

Desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad, con enfoque específico a los temas prioritarios en este grupo de edad: salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias. Es importante que los integrantes del equipo de salud acuerden pautas comunes para la atención, en especial en lo que refiere a la participación del

adolescente en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones durante el proceso de atención.

Se propone que los equipos de educadores se integren con el equipo de salud y participen en las actividades de promoción y prevención.

Se comparte, para este grupo, la propuesta de instalar áreas adecuadas para la atención médica programada – consultorios médicos – en todos los establecimientos, de forma de asegurar la debida privacidad al momento de realizar las entrevistas. En aquellos establecimientos con estructuras dispersas evaluar la instalación de sectores específicos en los módulos más alejados.

15.4.3. Atención en el Segundo Nivel

Desde INAU se cumple con apoyo de laboratorio básico, en caso de necesidad de otros estudios de laboratorio e imagenología, se coordinan con el prestador correspondiente a cada adolescente privado de libertad.

En caso de problemas de salud que requieran la derivación a servicios de internación, se coordina con el prestador correspondiente. En los casos de requerirse internación en servicios de salud mental, se cuenta con la posibilidad de internación en clínicas privadas.

Cabe destacar que un porcentaje de adolescentes tienen cobertura privada,⁶² por lo que en caso de requerirse prestaciones de 2° nivel deben realizarse las coordinaciones con cada institución responsable. Esta situación genera inconvenientes en los casos de servicios que tengan co-pagos definidos por los prestadores y no sean asumidos por sus familias.

La situación de atención de 2° nivel de adolescentes, en función de su menor número y mínima cantidad de egresos hospitalarios, puede mantenerse con las coordinaciones hospitalarias hoy vigentes con ASSE, previendo alguna cama de observación para situaciones particulares. Se propone la instalación *Unidades de Acceso Restringido* para la internación en los hospitales generales.

15.4.4. Proceso de atención

En todos los casos se realiza evaluación al ingreso por equipo de salud. Esta actividad se concentra en el CIEDD en el caso de los adolescentes mayores de 15 años. Los menores de 15 años y mujeres son evaluados al ingreso en los centros Desafío y CIAF respectivamente.

El diagnóstico y atención al ingreso se realizará en un plazo de 48 a 72 hs de la entrada del adolescente al centro de Medidas Cautelares, de preferencia en las primeras 24 hs.

En tanto continúen internados en medidas cautelares, con plazos máximos de 60 a 90 días, se aplicarán medidas de seguimiento en atención integral de salud, incluyendo las coordinaciones para la continuidad de la atención con el prestador del adolescente o con otras instituciones.

62. Porcentaje de PPL adolescentes con cobertura privada: entre un 10 y 20 %.

Por disposición judicial es obligatorio generar un resumen del diagnóstico al ingreso, por lo que el equipo de salud deberá enviarlo a la Sede Judicial, registro en el legajo del centro y en historia clínica.

Es fundamental el diagnóstico del área social, que incluya la condición familiar, ambiental, comunitaria y de grupos de relación de cada adolescente, así como el diagnóstico especializado en caso de detectarse consumo problemático de sustancias.

Las autoridades actuales están evaluando la posibilidad de fortalecer los servicios de atención a la salud en el CIEDD, para aprovechar la oportunidad de atención al ingreso, que en el caso de la internación con medidas cautelares puede llegar hasta los 90 días.

En este plazo, deberá realizarse un minucioso diagnóstico de la situación de salud y social del adolescente y delinear el plan de seguimiento, tanto si es derivado a un centro por dictaminarse la privación de libertad o si es liberado.

En esta oportunidad deben hacerse los mayores esfuerzos para iniciar los tratamientos que se requieran, así como iniciar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad en áreas prioritarias en la atención de los adolescentes: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal, prevención del consumo de sustancias.

La vinculación con la red de servicios de salud al egreso, ya sea en caso que se disponga la libertad luego del período de medidas cautelares como al egreso del proceso de privación de libertad, es fundamental. Debe realizarse la derivación oportuna a los servicios de salud de la red.

15.4.5. Equipo de salud como garante de derechos

A nivel de los equipos de salud del INISA y especialmente a nivel de la Dirección, existe un compromiso explícito y acordado con las autoridades de los centros para la coordinación de las acciones que propendan al cuidado de la salud integral de las PPL.

Los equipos técnicos de salud proceden, en su gran medida, de INAU, donde han recibido orientación en derechos de la infancia y adolescencia en general, por lo que se verifica un interés más explícito en el respeto integral de derechos de salud, y el ejercicio del rol garante de la salud colectiva.

En los consultorios se cuenta con la privacidad necesaria para adecuada atención de los adolescentes, los archivos son confidenciales y de exclusivo manejo del equipo de salud. Las historias clínicas pueden ser solicitadas por los adolescentes, en cuyo caso se entrega copia de la documentación requerida.

15.4.6. Determinantes de salud

Los equipos de salud del entonces SIRPA realizaban visitas periódicas a las celdas, para evaluar las condiciones de salubridad y alimentación.

La condición de privación de libertad era variable, dependiendo de las condiciones edilicias y de criterios de la dirección del Centro. Había acuerdo en la necesidad de más actividades y convivencia grupal que encierro, situación que aún se mantenía en algunos centros, dónde el encierro abarcaba la mayor parte del día.

Las visitas familiares eran semanales o bisemanales, y en algún caso de adolescentes del interior, se apoyaba a la familia con dinero para el traslado. No estaban previstas las visitas íntimas, si bien se reconocía la necesidad de analizar esta situación y dar una respuesta adecuada en esta temática.

Se cumplían algunas intervenciones, referidas al saneamiento, fumigación, disposición final de residuos contaminados y provisión de agua potable.

La nueva administración está preocupada por estas situaciones, que se incluirán en el plan director de infraestructura edilicia que pretende readecuar algunos de los centros y concentrar la atención en el área metropolitana y fortalecer la atención en el interior del país con la creación de un centro regional al norte del río Negro.

La mayoría de los establecimientos no tienen estructuras adecuadas para la recreación, deporte y trabajo, lo que supone que los adolescentes permanezcan en situación de encierro por muchas horas al día. Es prioritario que se contemple esta realidad y la necesidad especial de este grupo de edad en el plan director de fortalecimiento de la infraestructura.

En la población adolescente cobra mayor importancia la realización de actividades de promoción de la salud y gestión de riesgos, que se promueva la cultura del autocuidado y mutuo cuidado. Para estas funciones es prioritaria la actuación conjunta de educadores e integrantes del equipo de salud.

La selección del personal debe estar jerarquizada, es importante que en los perfiles de los cargos se incluyan requisitos de competencias en promoción de salud y capacidad para realizar orientación permanente en temas de salud, tanto para la atención al ambiente como para la atención a las personas.

16. LA ESTRATEGIA COMO CONSTRUCCIÓN COMPARTIDA Y HOJA DE RUTA

A lo largo del documento hemos visto la propuesta para el sistema de atención integral a las personas privadas de libertad en el sistema nacional integrado de salud, definiendo su modelo de atención, la estrategia a emplear y los valores y principios que la sustentan. Se ha descrito la arquitectura del mismo, jerarquizando la red de servicios como estructura posible y viable, con las particularidades y especificidades propias a la atención a la salud en los centros de privación de libertad.

Se ha destacado la especial situación de las mujeres y de los adolescentes y se ha detallado como la estrategia propuesta pretende dar tratamiento a las mismas.

El proceso de elaboración de la estrategia ha sido de diálogo permanente con todas las instituciones involucradas, sean de salud o sean de la institucionalidad de los centros de privación de libertad. Se ha construido en conjunto y se ha alcanzado los acuerdos fundamentales sobre los principales lineamientos de la misma, los que figuran en este documento.

Esta propuesta pasa a ser una hoja de ruta de aquí en más para el desarrollo de los programas que puedan dar viabilidad operativa a los fundamentos de la misma.

Especial tiempo y espacio se dio a la construcción de la gobernanza compartida y al proceso de transferencia entre las instituciones intervinientes en los procesos y definiciones, así como a dos aspectos que canalizan la misma y que son la garantía de derechos por parte del Equipo de Salud y la Rectoría, control y vigilancia de los aspectos de la salud colectiva y del entorno. Gran parte de estos aspectos se retoman en el Plan de Promoción y Prevención en salud en centros de privación de libertad.

Se describe la estructura organizativa de los servicios que pueden dar sustento a la misma, así como a los procedimientos formalizados en protocolos de atención que respaldan y modelan los procesos en términos de la máxima garantía de calidad. Los protocolos de atención son productos concretos de actividades del proyecto, netamente vinculadas a esta estrategia.

Asimismo, se destaca la importancia y rol fundamental de la capacitación de recursos humanos en la sostenibilidad de la misma, y se plantea los principales lineamientos que se recogerán en el Programa de Capacitación.

A modo de conclusión, la **“Estrategia de atención integral en el sistema de atención a la salud de adultos y adolescentes en centros de privación de libertad”** se enmarca en el proceso de Reforma del Sistema Penitenciario de adultos y en la situación de transición del instituto a cargo de las medidas correctivas en adolescentes, y se sustenta en el respeto a derechos de salud de las personas privadas de libertad—nivel de cuidado, al menos,

equivalente al de la población general—en los conceptos de atención integral a la salud y en el enfoque de atención primaria de salud.

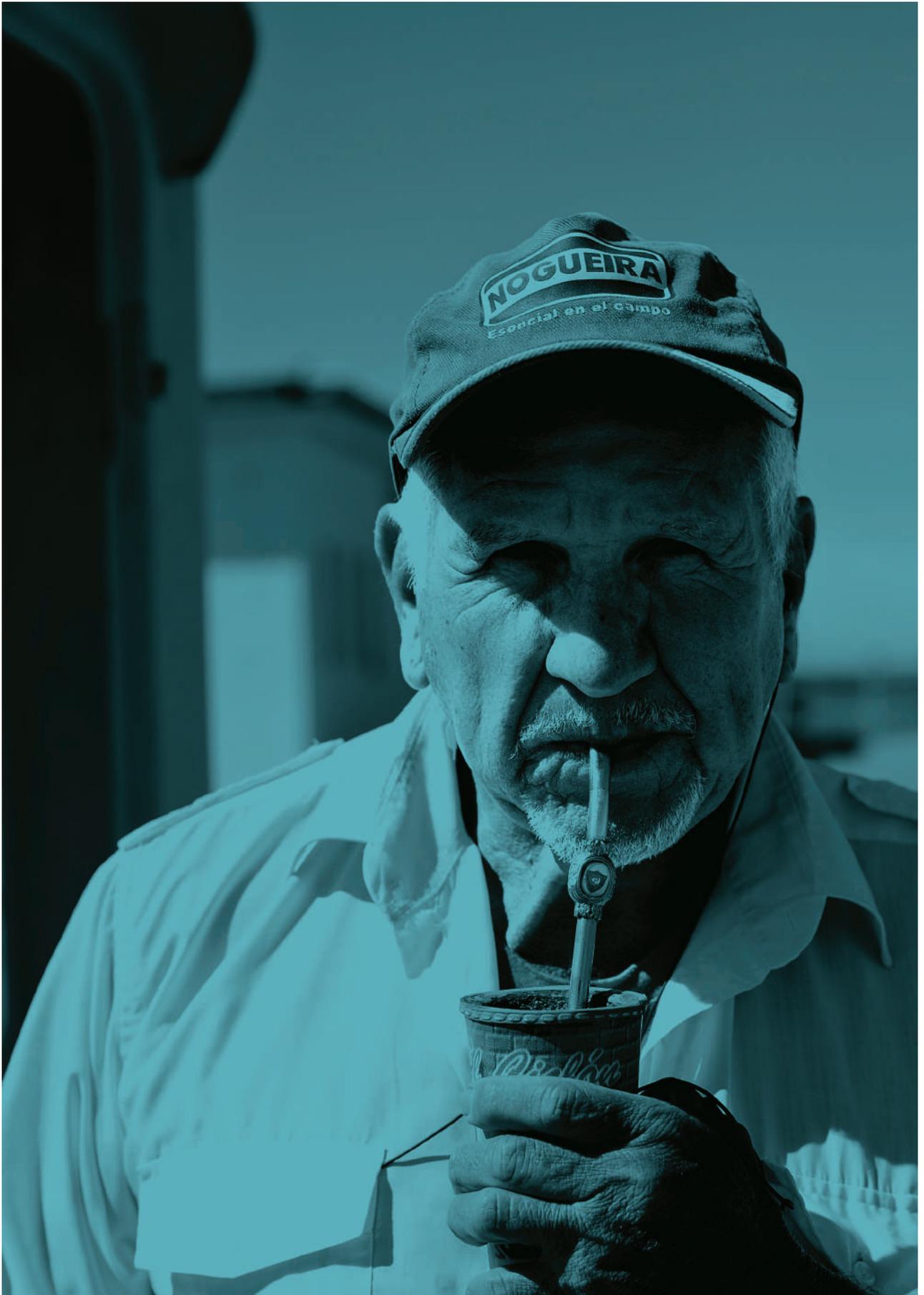
El Modelo de atención propuesto privilegia la promoción de salud y la prevención de enfermedad, con énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, integrado a la red de servicios con acuerdos que aseguren la continuidad de la atención.

En particular establece:

- **Primer nivel de atención** con capacidad de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención, con **adecuada calidad en base a protocolos** de atención y acuerdos en red de servicios, **responsable de la vigilancia sanitaria del entorno** con enfoque de salud pública, incorporando **acciones de promoción y prevención** sistemáticas en base a Planes con objetivos y metas, y **programas de Capacitación permanentes** con orientación en servicio a técnicos de salud y capacitación a operadores para posibilitar acciones conjuntas.
- **Continuidad de la atención**, apoyo de interconsultas y acciones de referencia y contra-referencia eficaces.
- **Segundo nivel de atención en acuerdo con la red de servicios**, en hospitales con áreas de circulación restringida, con desarrollo de un Hospital Penitenciario en zona metropolitana con servicios de diagnóstico, atención de urgencias, ambulatorio y centro quirúrgico

En términos de gestión general del sistema, se define la acción pendiente de completar la transferencia de responsabilidades de salud en ASSE, y se señala la necesidad de establecer una **gobernanza compartida entre la autoridad penitenciaria y los responsables de salud**, para apoyar los aspectos de tratamiento integral y apoyo a la rehabilitación, tanto a nivel central como en cada establecimiento.

Este documento ciertamente no es el proyecto operativo para la conformación de un sistema de atención integral a las PPL, pero se ha pretendido incluir en él toda la información sustantiva, los diseños y las opciones de política que faciliten su elaboración por parte de los actores involucrados en su implementación. Del mismo se pueden extraer las principales herramientas conceptuales e instrumentales que den respuesta a las necesidades y demandas existentes que requieren de una respuesta urgente y eficaz.



PARTE II

PLAN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD. URUGUAY 2016–2020

COORDINACION DEL PROYECTO PPL-OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dra. Perla Vivas Temesio, Coordinadora Adjunta del Componente II del Proyecto

ASISTENCIA TÉCNICA

Dra. Griselda Bitar, Consultora

LISTA DE ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BK	Bacilo de Koch
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y a la Familia
CEPRILI	Centro de Privación de Libertad
	Comisión Honoraria Para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades
CHLAEP	Prevalentes
CIAF	Centro de Ingreso de Adolescentes Femenino
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-décima versión
CIEDD	Centro de Ingreso Estudio Diagnóstico y Derivación
CND	Corporación Nacional para el Desarrollo
DNAS	Dirección Nacional de Asistencia Social
DNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
EPPS	Educación Permanente del Personal de Salud
GPS	Grupos de Promoción de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
INAU	Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay
INISA	Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Personas Privadas de Libertad
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAI-PPL	Sistema de Atención Integral a las Personas Privadas de Libertad Sub
SDNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
SERPAJ	Servicio de Paz y Justicia
SIRPA	Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
SMP	Servicio Médico Penitenciario
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TBC	Tuberculosis
UDELAR	Universidad De La República

TABLA DE CONTENIDOS

1. RESUMEN EJECUTIVO	101
2. FUNDAMENTACIÓN	105
2.1. Antecedentes.....	105
2.2. Justificación.....	107
3. MARCO CONCEPTUAL.....	111
3.1. Derechos: normativa vigente	111
3.2. Rol garante de los equipos de salud	114
3.3. Prevención de salud: niveles y acciones	115
3.4. Herramientas para el cambio.....	117
4. SITUACION DE PARTIDA	121
4.1. En relación a la nueva institucionalidad.....	121
4.2. En relación al perfil poblacional	122
4.3. En relación al estudio epidemiológico	124
4.4. En relación a las prácticas promocionales y preventivas que se implementan en la actualidad	126
5. PROPÓSITO DEL PLAN.....	127
6. PRINCIPIOS Y EJES CONTRIBUYENTES	129
7. AREAS DE INTERVENCION Y OBJETIVOS	131
7.1. Áreas de intervención	131
7.2. Objetivos de las áreas de intervención	133
8. DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y SUS RESPONSABLES	139
8.1. Presentación general de actividades y acciones por área de intervención, según responsables.	139
8.2. Desarrollo de Acciones y Metas según actividades	141
9. IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO del PLAN INTEGRAL DE PROMOCION Y PREVENCION EN CENTROS DE INTERNACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD.....	161
10. MARCO LOGICO DEL PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE SALUD EN LOS CENTROS DE INTERNACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD.....	167

11. BIBLIOGRAFIA	171
ANEXO I.....	173
ANEXO II.....	174
ANEXO III.....	175

1. RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Integral de Promoción y Prevención de Salud en centros de privación de libertad 2016 – 2020 es un producto del **Programa de Justicia e Inclusión**. Este Programa, denominación del proyecto de cooperación internacional firmado entre el Gobierno Nacional y la Unión Europea, promueve la mejora del Sistema de Justicia Penal en Uruguay, y coordina los esfuerzos de diversas áreas del Estado en el apoyo a 5 áreas: *apoyo a la reforma del sistema penal, reforma administrativa y fortalecimiento de las capacidades del sistema de medidas privativas y no privativas de libertad, salud, educación e inclusión socio-laboral*.

Su coordinación operativa es realizada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia (OPP) en acuerdos de ejecución con la Corporación Nacional para el Desarrollo (CND), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

En particular, su sector de intervención 3 – “Salud en centros de privación de libertad” establece como uno de sus resultados la propuesta de un *Programa Nacional de Promoción y Prevención para personas privadas de libertad*.

Las personas privadas de libertad tienen derecho a “disfrutar del mayor nivel alcanzable de salud”, según establece 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. **La salud física y mental de las personas privadas de libertad es responsabilidad del gobierno y de la administración de la institución penal, mediada por los integrantes del equipo de salud responsable de su atención, y también debe involucrar a todo el personal penal.**

El colectivo de personas privadas de la libertad tiene factores de riesgo incrementados para el desarrollo de enfermedades por la falta de libertad y el contexto de encierro, a los que se suma su particular vulnerabilidad por su mayoritaria condición de extracción social deficitaria. El perfil epidemiológico del estudio realizado por parte de este Programa en 2015 muestra una población expuesta a un conjunto importante de factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, con una prevalencia relevante de enfermedades no transmisibles, acompañada de una alta incidencia de enfermedades transmisibles.

Para reducir los riesgos de estas condiciones de vulnerabilidad en las prisiones, las Reglas Mínimas de Tratamiento a los internos—actualmente denominadas Reglas Mandela—y la legislación vigente establece que el **equipo de salud del centro de detención cumpla funciones de garante del derecho a la salud de las PPL, además de la prevención y tratamiento de las enfermedades.**

La atención de salud en privados de libertad tiene un importante impacto en la salud pública, en tanto hay circulación de entrada y salida entre la comunidad penitenciaria y el ambiente exterior. Su atención no sólo debe ser curativa, sino especialmente preventiva.

La implementación de un programa de prevención de salud dentro de los establecimientos penitenciarios contribuye a la detección oportuna de riesgos y eventos, y facilita el desarrollo de acciones de prevención, atención y recuperación. La actividad preventiva no sólo debe vincularse con la salud de las personas, sino también con el cuidado del entorno carcelario, de sus condiciones de higiene, de saneamiento, potabilidad del agua, control de plagas, entre otros, condiciones que también pueden vulnerar a los barrios más próximos.

En la Conferencia Internacional sobre Protección de la Salud en Prisiones celebrada en Madrid en octubre de 2009 se hace un llamamiento para “desarrollar un programa integral de protección de salud en todas las prisiones” (Recomendación de Madrid), estableciendo la efectividad de las medidas de protección de la salud en el medio penitenciario

En relación con la actual situación de la prestación de salud a privados de libertad a nivel nacional, en el marco del proceso de Reforma Penitenciaria iniciado en 2005 con el propósito de instalar un modelo global de gestión de la privación de libertad en PPL adultas acorde a los parámetros de buenas prácticas penitenciarias establecidos por la comunidad internacional, se definió la transferencia de responsabilidades de salud al prestador público Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE) en 2010, en aras de cumplir la normativa de forma más adecuada referente a la instrumentación de mejoras en los derechos de atención de salud a la población adulta. Este proceso de transferencia aún no ha finalizado, por lo que la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial (SDNSP) conserva competencias en establecimientos penitenciarios del interior del país. Los avances en estas prestaciones han sido sobre todo de carácter curativo; las actividades preventivas y promocionales han tenido carácter menos sistemático, y el rol garante de salud que establecen las Reglas Mandela debe ser instrumentado.

Con relación al sistema de medidas privativas de libertad en adolescentes, también el país se encuentra en proceso de transición, en tanto la institucionalidad específica transicional creada – SIRPA, según Ley Nº 18.771, en 2011, servicio desconcentrado dependiente de INAU - pasa a ser el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), servicio descentralizado dependiente del MIDES a fines del 2015. Entre las competencias del INISA se señala que “Todos los cometidos y facultades del Instituto deberán ser cumplidos teniendo en consideración el interés superior del adolescente y en estricta observancia de la normativa nacional e internacional en la materia, lo que se expresa en el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos.”

En cuanto a las normas nacionales que rigen la atención de salud, Uruguay cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que tiene entre sus objetivos el alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, implementando un modelo de atención integral, con políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud.

Así señalada la normativa internacional y nacional vinculante, y las líneas de acción en el sistema penitenciario del país y en el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente, sustentadas en el respeto de los derechos de salud de las PPL y en comunión con un entorno saludable, se entiende pertinente incorporar al proceso de cambio en curso el aporte de un **Plan Integral de Promoción y Prevención en Centros de internación de personas privadas de libertad**, que incorpore al cambio de modelo de atención penitenciario acciones hacia el cuidado personal y del entorno, y componentes de vigilancia sistemática de la salud de las PPL.

Justificamos el formato de **plan** como contribuyente hacia el logro de su implementación, en tanto este documento define políticas, prioridades y estrategias en un horizonte de tiempo de mediano plazo, en el marco de la actual administración, 2016–2020, con definición de puntos de partida en cada área de intervención, metas a alcanzar al final del período, y organismos responsables de la ejecución, tanto del sector salud como penitenciario.

Este plan tiene el **propósito** de contribuir a la mejora de las condiciones de vida y al bienestar de las PPL en el ámbito de la salud, tanto adolescentes como adultas de ambos sexos, en el período 2016–2020, abordando programas de promoción, protección a la salud y prevención de enfermedades, con fomento del autocuidado, estilos de vida y entornos saludables, con base en la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Son ejes contribuyentes al adecuado desarrollo del Plan los conceptos de derecho a la salud de las PPL y la concepción de salud integral, así como la participación conjunta de actores de salud, operadores/educadoras y las propias PPL, y la orientación permanente y capacitación de los actores involucrados.

Las áreas de intervención del plan son:

I - Promoción de salud y prevención de enfermedades

II - Vigilancia de la salud y del entorno

En el **Área de intervención I** se define el objetivo: *Promover la salud y prevenir las enfermedades prevalentes de las PPL adolescentes y adultas de ambos sexos pertenecientes a las unidades de internación de todo el país, por parte de los equipos de salud y de los operadores / educadores.* A este objetivo corresponden dos actividades con tres acciones cada una:

- El fomento del autocuidado y mutuo cuidado de las PPL a partir de la **promoción y protección de salud**, con la interacción de los equipos de salud y operadores actuando como promotores de salud:
 - o entrega de set de aseo al ingreso y en forma periódica por parte de la autoridad penitenciaria.
 - o reorientación del accionar del equipo de salud en base a consejos breves teniendo en cuenta el llenado de un Formulario de condiciones de privación de libertad.

-
- o gestión de talleres de promoción de salud en cada centro, con participación conjunta de operadores promotores de salud y referentes del equipo de salud, y PPL de cada sector o módulo a involucrar.
 - Tareas de **prevención** para minimizar riesgos y detectarlos en forma oportuna, con responsabilidad específica del equipo de salud:
 - o Implementar la evaluación de salud al ingreso de PPL adultos y adolescentes
 - o Ingresar a toda PPL y adolescente privado de libertad en plan de consulta periódica
 - o Llevar adelante pesquisas de patologías prevalentes o incorporar prácticas de despistaje en forma frecuente.

El objetivo correspondiente al **Área de intervención II** es *desarrollar acciones de vigilancia en salud hacia la población y el entorno*. A este objetivo corresponden dos actividades y tres acciones en total:

- La **vigilancia epidemiológica** sistemática de la condición de salud de la población PPL:
 - o Cumplimiento de la notificación obligatoria de enfermedades.
 - o Análisis periódico de la carga de problemas de salud de dicha población.
- La **vigilancia del entorno y de las condiciones** de privación de libertad en cumplimiento de las Reglas Mandela:
 - o Llenado de la Planilla de vigilancia ambiental y coordinación activa del equipo de salud con la autoridad del establecimiento por dicha vigilancia.

En cada una de las nueve acciones se definen indicadores y metas posibles a alcanzar al final de período (2020). Las metas que aquí se establecen a modo de propuesta deben ser analizadas en su factibilidad, y reformuladas si corresponde, promoviendo experiencias pilotos si se entiende pertinente.

Es aspiración de esta propuesta que los ejes y líneas de acción del Plan se constituyan en los lineamientos generales de un Programa de Promoción y Prevención del Sistema Penitenciario en Uruguay

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1. Antecedentes

El actual concepto de salud (OMS), como proceso dinámico y complejo de salud-enfermedad, depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual las personas viven, trabajan y se relacionan.

En condiciones de reclusión, la salud física y mental de las personas privadas de libertad (PPL) es uno de los aspectos más importantes y vulnerables de la vida en prisión. El privado de libertad es un sujeto de derechos, cuya limitación principal con la sanción penal refiere a la libre circulación.¹ El cuidado de la salud de las PPL es una responsabilidad de gobierno, en tanto se trata de personas totalmente dependientes de la autoridad estatal. El nivel de cuidados de salud en estas instituciones debe ser, al menos, equivalente al de la comunidad externa.

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

Las necesidades de la población privada de libertad debido a sus características socio-económicas son proporcionalmente más altas que aquellas de la comunidad en general. Dichas características incluyen bajos niveles de nutrición y cuidados, y alta prevalencia de alteraciones mentales y uso problemático de las drogas. Factores como el hacinamiento, la insalubridad, el ocio, contribuyen a empeorar el estado de salud durante su reclusión.²

La población privada de libertad mantiene un gran contacto con la población general, con la que se vincula en sus salidas transitorias y al fin de sus condenas. Las prisiones concentran patologías, por lo que ofrecen una particular oportunidad de intervención para el control de enfermedades y la promoción de salud en este grupo de población, en general con menor educación, mayor carga de enfermedad y factores de riesgo.

La restricción de la movilidad y características de las PPL supone realizar una discriminación positiva para lograr cuidados equivalentes al resto de la población, decisión que

1. **Resolución 1/8 Principios y Buenas Prácticas OEA.** Se entiende por privación de libertad cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección o por delitos e infracciones a la ley ordenada o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria.

2. Ver en particular la postura de la Sanidad Penitenciaria en España, proclive hacia la integración con el Sistema Nacional de Salud, en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, artículo de García-Guerrero J. “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”

habitualmente no es fácilmente comprendida por la población general, y en ocasiones por el propio personal de las prisiones.

El informe del 2007 de la ONUDD (Naciones Unidas - Oficina contra la droga y el delito) ha proporcionado una serie de argumentos sobre por qué los centros de privación de libertad y la salud pública deberían estar más integrados.³

Algunos de los motivos incluyen:

- Los centros de privación de libertad contienen un número desproporcionado de condiciones de vulnerabilidad, 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
- El alto índice de movilidad de las personas desde la sociedad hacia los centros de privación de libertad, donde el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión es alto, y desde los mismos a la sociedad nuevamente, sin haber recibido un tratamiento efectivo o un seguimiento;
- Habitualmente las condiciones de vida en privación de libertad es en sí poco saludable, faltando espacio para el alojamiento, buenos niveles de higiene, alimentos, actividad física. A esto se suman los altos niveles de violencia.

Las prisiones son cajas de resonancia que amplifican los problemas de salud de los colectivos más desfavorecidos.⁴

El ingreso en prisión ofrece una oportunidad de cuidar el estado de salud de las personas privadas de libertad, o al menos de minimizar el riesgo de empeorarla.

En muchos casos supone la primera toma de contacto con el sistema de salud y el acceso a conocimientos y herramientas que le ayuden a proteger 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).

Desaprovechar esta ocasión, tanto del punto de vista asistencial como preventivo, supone una doble injusticia. El sistema de salud en gran medida resulta incapaz de ofrecer una eficaz prevención y promoción de la salud a este colectivo previamente a la pérdida de libertad, (personas con déficits nutricionales, alteraciones mentales sin atención, falta de piezas dentarias, consumos problemáticos de sustancias), situación que debería ser

3. En el informe de la ONUDD del 2007 “*Colaboración con el proceso de reforma carcelaria en el Uruguay, incluyendo una respuesta al abuso de drogas y al Vih/sida en las cárceles.*” se recomienda que el Gobierno del Uruguay realice una evaluación urgente de los servicios de salud proporcionados a los privados de libertad, con un énfasis particular en la determinación de cómo podrían reforzarse los vínculos con el sistema de salud pública. Debería asegurarse que las PPL se encuentren en posición de acceder a los mismos niveles de cuidado de la salud a los que accede el resto de la comunidad. Con esto también mejoraría la independencia del personal médico con respecto a la administración de los centros de privación de libertad y promovería una mejor continuidad en el cuidado en la comunidad.

4. Ver artículo del Dr Vicente Martín, presidente de la Asociación Española de Sanidad Penitenciaria: “Las prisiones y la Salud Pública” Diario El País, Madrid, 2004.

valorada como una oportunidad al momento de su ingreso a los centros de privación de libertad.

La salud en los centros de privación de libertad es parte de la salud pública. Los problemas de salud de las prisiones van a repercutir de forma ineludible en la sociedad, deteriorando sus condiciones de salud; toda actuación de la sociedad en el sentido de mejorar las condiciones de vida y salud de las PPL repercutirá favorablemente en la sociedad.

La salud física y mental de las personas privadas de libertad no es sólo responsabilidad del gobierno y de la administración de la institución penal o de los integrantes del equipo de salud, sino de todo el personal penal.

En cada centro, todos los miembros del personal deben asegurar que los derechos de salud de los internos sean cumplidos, y contribuir a ello.

Para reducir los riesgos de estas condiciones de vulnerabilidad en las prisiones, las Reglas Mínimas de Tratamiento a los internos—hoy denominadas Reglas Mandela—y la legislación vigente establecen que el equipo de salud del centro de detención cumpla funciones de garante del derecho a la salud de las PPL, además de la prevención y tratamiento de las enfermedades.⁵

2.2. Justificación

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

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

El hacinamiento, estilos y condiciones de vida no saludables, y situaciones apremiantes relacionadas con la salud mental (personalidades sociopáticas, depresión, consumo de sustancias) y la salud sexual y reproductiva (violencias, relaciones sin protección) afectan la salud de las PPL y la relación con sus familias.

Las PPL reciben visitas de niños y adultos que permanecen varias horas en el medio penitenciario, incluyendo visitas íntimas. Se relacionan internamente con sus compañeros y con el personal penitenciario, pueden ser trasladadas de un centro de reclusión a otro y recibir visitas de agentes externos (abogados, instituciones de salud, organizaciones varias). Algunos internos tienen salidas transitorias y al lograr la libertad regresan a su hogar y contexto social.

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

Por otro lado, el personal penitenciario mantiene contacto directo con los internos y con el resto de la población en forma diaria.

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

A la condición de salud propia de las PPL hay que agregar en muchas ocasiones los efectos de un entorno no saludable de un establecimiento penitenciario que repercuten también en la población próxima: roedores, insectos, aguas servidas, que se expanden más allá de los límites de cada establecimiento.

La atención de salud en privados de libertad, por su gran impacto en la salud pública, no sólo debe ser curativa, sino especialmente preventiva. La implementación de un programa de prevención de salud 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 de prevención, atención y recuperación que se verán reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficiente de recursos.

La situación de salud es el producto de la convergencia de múltiples factores. La condición de encierro constituye un momento importante para tomar contacto con las PPL—una ventana de oportunidad—y trabajar aspectos vinculados a conductas de riesgo, prevenir enfermedades o detener su avance.

En la Conferencia Internacional sobre Protección de la Salud en Prisiones que se celebró en Madrid en octubre de 2009 quedó establecido que las medidas de protección de la salud, incluyendo las medidas de reducción de daños, son efectivas en el medio penitenciario. La Recomendación de Madrid hace un llamamiento a “desarrollar un programa integral de protección de salud en todas las prisiones”.⁶

A nivel nacional, desde el año 2005 el país inició un proceso de Reforma Penitenciaria con el propósito de instalar definitivamente un modelo global de gestión de la privación de libertad en PPL adultas acorde a los parámetros de buenas prácticas penitenciarias establecidos por la comunidad internacional. Como precedentes, la ideología socio-política y cultural fundante de la tradición democrática del Uruguay basada en el respeto de los

6. *La Recomendación de Madrid: la protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública.* Recomendación adoptada de forma unánime en octubre 2009 en Madrid, con representantes de 65 países de todo el mundo, gran número de agencias nacionales e internacionales así como expertos en sanidad penitenciaria y salud pública, y se hizo un llamamiento para su distribución universal, para todos aquellos que pudieran mejorar la situación mundial actual con respecto a las enfermedades transmisibles en prisión, que a día de hoy constituyen una amenaza persistente para la comunidad y la salud pública.

derechos humanos, se consigna el Artículo 26 de la Constitución de la República y la Ley 14.470, en clara consonancia con los postulados de las Reglas Mínimas.^{7,8}

En lo que refiere a la instrumentación de mejoras en derechos de atención de salud a la población adulta con privación de libertad, a partir del 2010 según la Ley N° 18.719 del Presupuesto Nacional 2010-2014 se transfieren responsabilidades de brindar atención de salud en establecimientos penitenciarios de adultos al prestador público Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE), en aras de cumplir la ley en forma más adecuada.⁹ Este proceso aún no ha finalizado, por lo que la Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial (SDNSP) conserva competencias en establecimientos penitenciarios del interior del país.

Con relación al sistema de medidas privativas de libertad en adolescentes, también nuestro país se encuentra en proceso de transición, en tanto la institucionalidad específica transicional creada – SIRPA, según Ley N° 18.771, en 2011, servicio desconcentrado dependiente de INAU - pasa a ser el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), servicio descentralizado dependiente del MIDES a fines del 2015.¹⁰

Según dicha norma legal, entre los cometidos del INISA están “Propiciar un ambiente seguro en el que el respeto y la autoridad estén presentes de modo que los vínculos de confiabilidad puedan ser reparados”, y “Todos los cometidos y facultades del Instituto deberán ser cumplidos teniendo en consideración el interés superior del adolescente y en estricta observancia de la normativa nacional e internacional en la materia, lo que se expresa en el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos”. Esta explicitación favorece los conceptos de rehabilitación y derechos que vinculan también a mejores prácticas en materia de programas de salud.

En el sector salud, Uruguay cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que tiene entre sus objetivos el alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, implementando un modelo de atención integral, con políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo los cuidados paliativos.

7. Ley 14.470 - denominada Decreto Ley por la Ley N°15 738. Se establecen normas sobre reclusión carcelaria. Art 21: establece la obligación de atención de salud.

8. En el “Informe sobre buenas prácticas en materia penitenciaria en la República Oriental del Uruguay” encomendado a la Asesoría Penitenciaria del Ministerio del Interior en julio 2011 se encuentran claramente establecidos los pasos hacia el cambio de gestión de establecimientos de privación de libertad.

9. Hasta el año 2009 la prestación de servicios de salud a la población adulta reclusa era brindada por el Servicio Médico Penitenciario (SMP), dependiente del Ministerio del Interior en el primer nivel de atención, y complementada por los servicios públicos de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). A partir del año 2009, el programa piloto de ASSE Servicio de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL), sentó las bases para la creación, en el año 2010, de una unidad ejecutora específica que tiene a su cargo organizar la atención integral a la salud de las PPL. A partir de esta fecha, se inició un proceso paulatino de instalación de los servicios del SAI-PPL de ASSE en los centros de reclusión, que aún no ha culminado y comparte la responsabilidad de la atención a la salud con servicios dependientes de la Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP).

10. Ley N° 19.367 de creación del INISA en diciembre 2015.

Así establecidas las líneas de acción en el sistema penitenciario del país y en el Instituto de Inclusión Social Adolescente, basadas en el respeto de los derechos de salud de las PPL y en comunión con un entorno saludable, se entiende pertinente incorporar al proceso de cambio en curso el aporte de un **Plan Integral de Promoción y Prevención en Centros de internación de personas privadas de libertad**, que incorpore al cambio de modelo de atención penitenciario acciones hacia el cuidado personal y del entorno, y componentes de vigilancia sistemática de la salud de las PPL.

Justificamos el formato de plan de manera de apoyar su implementación, en tanto este documento define políticas, prioridades y estrategias en un horizonte de tiempo de mediano plazo, en el marco de la actual administración, 2016–2020, con definición de puntos de partida en cada área de intervención, metas a alcanzar al final del período, y organismos responsables de la ejecución, tanto del sector salud como penitenciario.

Este formato pretende facilitar el pasaje a la acción hacia la consecución de objetivos y la evaluación de metas, en una temática que deberá ser incorporada en forma gradual en la cultura de equipos de salud y equipos penitenciarios en su conjunto, hacia el establecimiento de instituciones penitenciarias más saludables.

Las metas que aquí se establecen a modo de propuesta deben ser analizadas en su factibilidad, y reformuladas si corresponde, promoviendo experiencias pilotos si se entiende pertinente.

Es aspiración de esta propuesta que los ejes y líneas de acción del Plan se constituyan en los lineamientos generales de un Programa de Promoción y Prevención del Sistema Penitenciario en Uruguay

Este Plan toma elementos de las demás actividades del **Proyecto “Justicia e Inclusión - Sector 3 de intervención Salud en centros de privación de libertad”** tales como el Relevamiento de recursos efectuado, el estudio epidemiológico realizado y los aportes de los Protocolos de atención; y forma parte fundamental de la “Estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente”, producto de dicho Proyecto

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Derechos: normativa vigente

El concepto de salud y enfermedad es un continuo que ha sufrido diversos enfoques conceptuales a lo largo de los tiempos y está relacionado con determinantes biológicos, sociales, económicos y culturales. La salud es un producto social, por lo tanto para alcanzarla es preciso actuar donde la gente vive y trabaja.

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. No sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.¹¹

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 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); 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).

Los derechos de los internos provienen de los Derechos Humanos generales universales y se aplican a todas las personas que se encuentran reclusas. **Las PPL mantienen todos los derechos fundamentales, excluido el derecho de libre circulación.** Entre esos derechos se encuentra el derecho a la salud.

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 privación de libertad. Este derecho está consagrado en la Constitución de la República (artículos 7, 26, 44 y 72),¹² y se encuentra expresamente reconocido en el artículo 21

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

12. Ver el "Informe encargado al comisionado parlamentario por la comisión de seguimiento de la situación carcelaria, en sesión de fecha 17 de mayo de 2012", donde se presenta una recopilación de normas y otros documentos referidos al sistema penitenciario.

del decreto ley 14.470, y en la Ley de creación del SNIS en su artículo 1°, otorgándole los mismos derechos a todas las personas que habiten en el territorio nacional.

No existen diferencias en cuanto a la definición normativa del derecho a la salud entre las personas privadas de libertad 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 (principio de equivalencia).

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

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Internos han sido las reglas mínimas universalmente reconocidas por la Comunidad Internacional para la reclusión de presos, y han tenido gran influencia como guía en la elaboración de leyes, políticas y prácticas penitenciarias desde su aprobación por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en 1955. En diciembre 2010, una Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas llamó a una revisión específica de las Reglas, para su actualización. En mayo de 2015, durante la 24ª sesión de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas—integrada por Uruguay entre otros países—se adoptó el texto revisado de las Reglas Mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Internos, que pasaron a ser denominadas “Reglas Mandela”, en honor al ex Presidente de Sudáfrica privado de libertad durante años.¹³

Entre los principios fundamentales de las Reglas Mandela se incluye que las cárceles deben ser lugares donde no exista peligro para la vida, la salud y la integridad personal.¹⁴

REGLAS MANDELA

“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.”

Asimismo, 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

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

14. Ver “*Reglas Mandela*”, 2015.

libertad sometidas a su jurisdicción, adoptando los principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas.¹⁵

La situación específica de los niños y adolescentes y de 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), las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad), las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, y en 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.¹⁶

Entre los problemas que vulneran los derechos humanos en las cárceles se encuentran los de carácter ambiental, que generan impacto en el entorno y afectan sustancialmente las condiciones de vida de internos y de trabajadores. La salud y el medio ambiente están íntimamente relacionados. El aire, el agua, el interior y los entornos de las prisiones tienen una gran implicancia en el bienestar y en la salud. El derecho a un ambiente sano es de naturaleza colectiva, se vincula con derechos fundamentales individuales, como el derecho a la vida, la salud, o la integridad física.

Un medio ambiente sano favorece la salud mental, así como la limpieza y el orden sirve de estímulo para una mejor calidad de vida. Esto adquiere especial importancia en ámbitos como los establecimientos penitenciarios, donde regularmente los espacios reducidos y con cierto grado de hacinamiento y niveles de limpieza sub óptimos terminan afectando las condiciones de vida de todos, incluidas las personas que residen en los alrededores de la cárcel. Las PPL deben asumir que proteger su entorno evitando conductas o actitudes que les afecten beneficiará su salud y aquella del resto de la comunidad.

Esto implica una **cultura del autocuidado y del mutuo cuidado**. Este proceso de cambio de mentalidad demanda acciones educativas tanto con las PPL como con el personal penitenciario.

15. En 1988 la Organización de Estados Americanos encomienda a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la definición de los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”. Surge así un documento que señala los 25 Principios referidos a la protección de las PPL según las diferentes categorías de situaciones vinculadas a la privación de libertad

16. **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.

3.2. Rol garante de los equipos de salud

Sobre este aspecto, las Reglas Mandela señalan la competencia del sector salud en centros de privación de libertad para conocer la condición de vida y los determinantes de salud en las prisiones, e informar a la Dirección del establecimiento los puntos críticos para la situación de sanidad y salud del penal, así como recomendar las medidas relacionadas con la salud y la higiene apropiadas.

Rol garante del equipo de salud hacia la vigilancia del entorno

Regla Mandela N° 35

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

- a) la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos;
- b) la higiene y el aseo de las instalaciones y de los internos;
- c) las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación;
- d) la calidad y el aseo de la ropa y la cama de los internos;
- 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.

Los instrumentos internacionales imponen a los miembros del personal de salud en centros de privación de libertad la obligación especial de aplicar en todo momento sus conocimientos profesionales para inspeccionar y comunicar aquellas situaciones que pudieran afectar la salud e higiene de los internos. 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 también la contribución a crear un entorno sano, para lo cual se requiere la cooperación de todas las personas de la prisión.¹⁷

17. Ver texto de Andrey Coyle, *“La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Manual para el personal penitenciario”* del 2009. Andrew Coyle es Profesor de la Universidad de Londres y de Essex, y Director del ICPR (International Centre for Prison Studies), así como consejero de NNUU en Derechos Humanos.

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 relacionadas con entornos ambientales, condiciones higiénicas dietéticas y de recreación, entre otros.

El equipo de salud opera así como garante en el ejercicio del derecho a la salud y a condiciones de vida dignas.

3.3. Prevención de salud: niveles y acciones

Como fue señalado, en el marco del proceso de aplicación del SNIS se jerarquiza el cambio del modelo de atención hacia un modelo con enfoque preventivo, vinculado con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). La prevención de salud como perspectiva refiere a 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).

Es así que se definen distintos niveles de actuación preventiva, en correspondencia con las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad:

- **Prevención primaria:** *corresponde al período previo al desarrollo de la enfermedad (pre patogénico) donde importan los factores de riesgo (interrelación entre la persona, el entorno y los agentes de daño). Las acciones de este periodo son la promoción de salud y la protección específica (por ej.: inmunizaciones).*
- **Prevención secundaria:** *corresponde al período patogénico, cuando la enfermedad ya está instalada, sea bajo forma evidente clínicamente, o en forma subclínica, aún no detectada. Las acciones de este período refieren al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado, y limitación del daño.*
- **Prevención terciaria:** *corresponde al periodo de la enfermedad instalada y con evidencia clínica, y busca minimizar el sufrimiento y promover la adaptación. Sus acciones vinculan con la rehabilitación: optimizar la funcionalidad, mejora del ambiente psico-social, etc.*

La prevención primaria refiere a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad.

La prevención secundaria se basa en el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado. Su objetivo es controlar la enfermedad y evitar o retardar la aparición de las secuelas.

La prevención terciaria promueve el seguimiento del paciente ya diagnosticado para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunas. Su objetivo es minimizar

los sufrimientos causados al perder la salud, facilitar la adaptación a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir las recidivas de la enfermedad.

Este Plan Integral de Promoción y Prevención en Centros de internación de personas privadas de libertad refiere en particular a **las acciones de prevención primaria**—promoción de salud y protección específica —y a **aspectos de la prevención secundaria** relativos al diagnóstico precoz en particular.

En un repaso somero de este marco conceptual puede resultar de interés profundizar los conceptos de promoción de salud.

Tal como definieron Leavell y Clark en 1976, la promoción de la salud refiere a medidas que “no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales”. Consiste en lograr que la población adquiera hábitos saludables o evitar que el medio ambiente genere condiciones para la adquisición de enfermedades. 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 sobre su propia salud, y en consecuencia mejorarla. Propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilitando los estilos de vida saludable.

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

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, 1986.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

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

(De Glosario de Promoción de la Salud, Don Nutbean, OMS 1998)

En tanto la prevención secundaria refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo y poblaciones de riesgo, la promoción de la salud —prevención primaria— está centrada en la salud y pone su acento en los determinantes de la salud.

El enfoque de este Plan plantea considerar la Promoción de Salud no sólo como acciones o programas específicos, sino como una filosofía que impregne todas las actividades del ámbito penitenciario, y no exclusivamente aquellas relativas a los servicios de salud.

Filosofía con una doble dimensión, personal y social, ya que promueve la mejora de las competencias personales (estilos de vida) y la mejora del entorno (entornos saludables).

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986 se definió que la participación activa en la promoción de la salud implica:¹⁸

- Construir una política pública saludable,
- Crear entornos que apoyen la salud,
- Fortalecer la acción comunitaria,
- Desarrollar habilidades personales,
- Reorientar los servicios de salud.

Estos componentes tienen expresa cabida en un Plan de Promoción y Prevención en ámbito penitenciario, en tanto éste:

- *logre involucrar a los órganos rectores de salud y de seguridad en la construcción de políticas;*
- *sea cuidadoso del ambiente y condiciones de vida en los establecimientos;*
- *promueva el empoderamiento personal de PPL y funcionarios todos,*
- *asegure que los servicios de salud apliquen prácticas de promoción y prevención, y sean garantes de la salud del entorno.*

En la Declaración de Yakarta - posterior Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud realizada en 1997 - se identifican cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

3.4. Herramientas para el cambio

La Educación Para la Salud (EpS),¹⁹ integrante del proceso asistencial, tiene el fin de influir positivamente en el bienestar físico y psíquico de las personas, en un proceso de modificación de las conductas relacionadas con la salud. Informa, motiva y ayuda a la población a adoptar prácticas y estilos de vida saludables, promueve los cambios

18. Ver "**Carta de Ottawa para la promoción de la salud.**" OMS, 1986.

19. En el "*Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de Salud.*" (OMS. Educación para la salud - Ginebra.1989) se describe la Educación para la Salud como "una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud, y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud

ambientales necesarios y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos objetivos.²⁰ Como todo proceso educativo, el objetivo principal es el **aprendizaje**, con adquisición o modificación de conocimientos, valores y destrezas.

*“La **educación para la salud** aborda no solamente la **transmisión de información**, sino también el **fomento de la motivación**, las **habilidades personales y la autoestima**, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.*

La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

*Es decir, la educación para la salud supone **comunicación de información y desarrollo de habilidades personales** que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud”.*

De “Glosario de Promoción de Salud” Don Nutbean OMS 1997

Dado que los patrones de morbilidad actuales en sociedades industrializadas se relacionan muy estrechamente con los comportamientos y condiciones de vida, la EpS es una herramienta para el mejor desarrollo de la APS, tanto para la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación.

La EpS se dirige a potenciar los recursos personales de la población, en un proceso que tenga en cuenta:

- La definición de sus propios problemas y necesidades.
- La comprensión de lo que puede hacerse con sus propios recursos y apoyos externos, acerca de esos problemas.
- La promoción de las acciones más apropiadas para fomentar una vida sana y el bienestar común.

Los factores relacionados con los comportamientos humanos se pueden discriminar en 2 tipos: factores ambientales y factores personales.

- Los factores ambientales pueden ser vinculados al entorno próximo—grupos sociales primarios, apoyos sociales—y al entorno social—condiciones de vida, servicios, valores y creencias circulantes.
- Los factores personales vinculan con tres áreas, algunas de las cuales no son tenidas en cuenta por las prácticas promocionales:
 - o Área cognitiva (conocimientos, habilidad de análisis)
 - o Área emocional (autoestima, creencias y valores, capacidad de autocontrol y tolerancia)
 - o Área de las habilidades (capacidades psicomotoras, de escucha y empatía, de afrontamiento de problemas y manejo de conflictos)

20. Definición propuesta por el IV Grupo de trabajo de la National Conference on Preventive Medicine, año 1975.

Todos estos factores han de trabajarse, ya que educar es más que informar, busca entrar en el terreno de los aprendizajes, y las personas—los adultos en particular—aprenden desde sus experiencias, vivencias y modelos cognitivos, modificándolos ante las nuevas informaciones. El aprendizaje no ocurre por sumatoria de informaciones: es una construcción personal a partir de la propia historia y sentimientos, en un proceso de reorganización ante la experiencia que se da en el proceso educativo.

El aprendizaje en adultos exige enfoques de pedagogía interactiva, integradora, que tenga en cuenta aspectos emocionales y relacionales, que tanto equipos de salud como operadores deben tener en cuenta

En particular, en la condición de personas privadas de libertad, mayormente adultos, interesa considerar los siguientes aspectos de la educación de los adultos:

- Características de las personas adultas. La persona adulta tiene múltiples experiencias, sentimientos, conocimientos, sobre la mayoría de los asuntos de la vida, y se sitúa en una etapa vital caracterizada por la autonomía y la madurez, con sus roles y proyecto de vida propios.
- La motivación al aprendizaje. Se basa generalmente en necesidades o problemas específicos; requiere del reconocimiento por parte de otras personas—temor al ridículo—hay mayores resistencias al cambio, la curiosidad es limitada y suele haber mayor interés y responsabilidad sobre el tema objeto de su motivación respecto a la infancia.

La EpS incluye diversos tipos de herramientas de promoción de salud. En este Plan se jerarquizan: **el consejo breve**, la **educación grupal** y en particular **las acciones comunitarias o grupales de salud**.

El **consejo breve**, (basado en prácticas sistematizadas del tipo Intervención Breve o Entrevista motivacional) 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).

“La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal”

(Rollnick and Miller)

En particular debe ser aplicada por el equipo de salud, pero no es exclusiva del mismo; también operadores y educadores pueden aplicar esta técnica. Más que una técnica, a través del consejo breve se promueve lo motivacional en un estilo de comunicación

interpersonal, respetuoso, que tiene en cuenta la opinión y vivencias del otro, para motivar posibles cambios de actitud.

Los principales comportamientos terapéuticos característicos del estilo de un consejo breve/entrevista motivacional son:

- Intentar comprender el marco de referencia de la persona, especialmente mediante una escucha reflexiva. *(Contribuye a esto el llenado del Formulario de condiciones de privación de libertad, propuesta en el Plan).*
- Expresar aceptación y afirmación
- Obtener y reforzar selectivamente las propias “declaraciones de automotivación” del paciente: expresiones de reconocimiento del problema, preocupación, deseo e intención de cambio, y capacidad de cambio.
- Determinar el grado de disponibilidad al cambio del paciente, y asegurarse que la resistencia no viene generada por adelantarse al mismo.
- Reafirmar la libertad de elección del paciente y de autodirección

La **educación grupal**: se trata de sesiones educativas con técnicas y recursos didácticos de pedagogía activa. En particular señalamos como ejemplo de Educación Grupal las instancias de orientación que deben recibir los operadores en su capacitación sobre prevención (por ejemplo, actualizaciones periódicas por parte del Centro de Formación Penitenciaria (CEFOPEN) en base al Programa de Capacitación de este Proyecto). Y especialmente, la educación grupal de las PPL que participen de los “Talleres de promoción de salud” a instalar en los distintos Centros, donde referentes de salud junto a operadores/educadores promotores de salud gestionarán espacios de diálogo en base a dinámicas de educación popular, hacia un grupo de PPL en distintos sectores o módulos, de forma de extender las nociones de cuidado entre las PPL y adolescentes privados de libertad, facilitando luego su actuación difusora entre sus pares.

Las **acciones comunitarias o grupales** de salud son las que más pueden incidir en la población PPL, y aplican conceptos de la Educación entre pares. Implican desde los intercambios en sus condiciones cotidianas – en el patio o planchadas, juegos interactivos con conceptos de promoción – así como intervenciones más organizadas (dramatizaciones, foros, encuestas) que interpelan la atención y emoción de quienes participan.

4. SITUACION DE PARTIDA

4.1. En relación a la nueva institucionalidad

Como fue señalado, los sistemas penitenciarios de adultos (INR) y de adolescentes (INISA) se encuentran en etapas de implementación y fortalecimiento el primero, y de transición el segundo. Los procesos de aplicación de nuevos modelos de intervención con base en derechos, rehabilitación e inclusión social guardan aún distancias con las visiones planteadas.

A nivel del INR se ha logrado disminuir el hacinamiento en las prisiones de adultos, y la construcción de nuevos establecimientos ha mejorado en parte la condición de los internos. En tanto en el 2015 se han producido los últimos pasajes de cárceles de Jefaturas a control del INR, los ajustes continúan en curso con adecuación de recursos. La incorporación de personal civil de custodia en forma sucesiva en los establecimientos penitenciarios (personal del INR en el escalafón S), con formación específica y funciones más acordes al modelo de abordaje rehabilitador, ha significado un paso de avance importante. En el Decreto 104/2011 se establece que “el personal penitenciario y policial debe garantizar el uso y goce de los derechos humanos de las PPL”, principios que también están incluidos en la orientación que reciben al ingresar a sus cargos, concurso mediante.

La incorporación de servicios de ASSE en los establecimientos metropolitanos de reclusión de adultos como prestador de salud—cubriendo en la actualidad el 65 % de la atención de las PPL—ha significado un importante cambio hacia el reconocimiento de derechos de salud, que debe ser profundizado a partir de la orientación permanente de los equipos de salud y del personal penitenciario.

La creación del INISA para la gestión de privación de libertad en adolescentes abre caminos hacia la implementación de propuestas acordes al modelo de derechos y rehabilitación integral de adolescentes infractores, que incluirán además cambios en las instalaciones locativas y en la organización de servicios de programas integrales y programas de salud.

4.2. En relación al perfil poblacional²¹

Conocer las características de la población, el proceso de salud-enfermedad en las PPL y su situación epidemiológica, son herramientas centrales para la toma de decisión, tanto sea para el equipo de salud como para los responsables de la gestión de los establecimientos de reclusión.

A noviembre de 2014, la población privada de libertad en el país ascendía a un total de 10.159 personas, 9.628 adultos (95%) y 531 adolescentes (5%). Del total de la población adulta, el 94% correspondía a hombres (9.034) y el 6% a mujeres (594). Con relación a sus edades, en 2015 el promedio de edad ascendía a 33 años, y casi el 83% se encontraba en el rango de edades de 18 a 44 años.

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

Cabe señalar también que la utilización de los servicios de salud en ámbito penitenciario está fuertemente asociada a las condiciones de reclusión: a mayor condición de encierro y ocio, mayor es la demanda de servicios de salud.

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

Las mujeres privadas de libertad constituyen una minoría en los sistemas de prisiones de todo el mundo y frecuentemente se ignoran sus necesidades sanitarias especiales, a lo que se agrega la falta de sensibilidad de género en las políticas y prácticas en las prisiones. Según datos del Ministerio del Interior de noviembre de 2013, la población de mujeres se duplicó entre los años 2003 y 2012, pasando de 325 a 646.²²

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. Gran parte de las necesidades de las mujeres están relacionadas con temas de salud reproductiva,

21. Extraído de “Estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente”, producto del Programa de Justicia e Inclusión – Sector de Intervención 3: Salud en centros de privación de libertad>

22. Distribución geográfica: de un total de 28 centros de reclusión para adultos, solo existen 2 centros específicos para la internación de mujeres en el departamento de Montevideo: la Unidad N°5 con 357 PPL y la Unidad N°9 El Molino con 26 PPL. En el interior del país existen 17 unidades que tienen áreas de reclusión para mujeres, en general en el mismo establecimiento que la cárcel de hombres, con elementos de separación y aislamiento diversos, con un número que varía entre 1 y 32 PPL. La circunstancia de que las mujeres residan en cárceles construidas y destinadas para la detención de los varones, hace que los sectores de la prisión destinados a las mujeres sean dirigidos por varones, aun cuando las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos indican que estos centros no deben estar controlados por personal penitenciario masculino.

problemas de salud mental, tráfico de drogas e historiales de violencia y abuso. 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. Sumado a esto, la condición de reclusión en mujeres es más denigrante que la reclusión masculina, en el imaginario social, y además, en tanto falta del hogar quien cuida, las mujeres PPL reciben menos visitas y apoyos.

Con relación a la situación de niños en compañía de sus madres PPL cabe señalar que tanto las normas de Bangkok como la ley 14.470 establece que niños hasta los 4 años podrán estar con sus madres,²³ valorando siempre el interés superior del niño. En 2015 la cifra de niños con sus madres en el área metropolitana (en un total de 383 PPL mujeres) era próxima a 39 (26 en El Molino y 13 en el CNR), en tanto se desconoce la cifra de niños con sus madres en UI extra metropolitanas donde la cifra de mujeres PPL es cercano a la mitad (aproximadamente 190)

El apoyo a madres con hijos para promover buenas prácticas de crianza, la ubicación de las mismas en ámbitos más adecuados—menor hacinamiento, habitación con no fumadoras, por ejemplo—es un imperativo de promoción de salud de equipos de salud y de operadores, así como la concurrencia a un Centro CAIF en tanto el niño siga internado.

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

4.3. En relación al estudio epidemiológico²⁴

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

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

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

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

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.

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

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

24. Resumen extraído del **Diagnóstico Epidemiológico “Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad”**, que integra el Programa de Justicia e Inclusión – Sector de Intervención 3 – Salud en centros de privación de libertad”

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

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

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

El perfil epidemiológico muestra una población expuesta a un conjunto importante de factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, que generan una doble carga de enfermedad, con una prevalencia relevante de enfermedades no transmisibles, acompañada de una alta incidencia de enfermedades transmisibles.

Genera particular preocupación que una elevada proporción de estas patologías están no diagnosticadas y no tratadas, con los consiguientes riesgos de complicaciones individuales, y con efectos deletéreos en el conjunto de la población en el caso de las transmisibles.

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

4.4. En relación a las prácticas promocionales y preventivas que se implementan en la actualidad

En este período de transición en ambos sistemas de privación de libertad, las prestaciones de salud se ocuparon prioritariamente de brindar atención a la urgencia y a situaciones emergentes, sea a partir de servicios instalados en las unidades de privación de libertad como en coordinaciones con las redes locales.

En materia de prevención, el avance más significativo fue la incorporación de la evaluación al ingreso, siguiendo la normativa internacional y nacional vigente. Ésta se cumple con relativa facilidad en INISA dado el ingreso de todos los adolescentes en condición de medidas cautelares en el CIEED (Centro de Ingreso, Estudio, Evaluación y Derivación),²⁵ en tanto que para PPL adultas está más sistematizada por parte de ASSE en el área metropolitana—en Cárcel Central para varones, y en mujeres en la Unidad N° 9 Molino y Unidad N° 5 Femenino. En los establecimientos del interior bajo dependencia sanitaria de la actual Sub Dirección Nacional de Sanidad Policial, con menores recursos aplicados, esta evaluación se cumple, pero con algo más de retraso. Según el relevamiento realizado, otras acciones preventivas son poco sistemáticas.

En términos de promoción de salud hay una respuesta aún débil, referida en particular a situaciones emergentes (casos de tuberculosis, VIH, etc),

En lo que respecta a la orientación a los operadores—escalafón S, personal de custodia no policial—en acciones promocionales de salud, damos cuenta que en la formación de los mismos no está presente el fomento del cuidado de salud de las PPL, y tampoco han recibido orientación básica en primeros auxilios por parte de los equipos de salud.

En lo que concierne a la organización de actividades de mediación de salud a partir de la acción de los propios PPL, no se relevaron acciones específicas, en tanto el relevamiento mostró que la práctica de espacios participativos es bastante menguada en el modelo de gestión de las UI hoy vigente.

Esta realidad relevada muestra la necesidad de jerarquizar en el Plan de Promoción y Prevención el eje metodológico de capacitación y orientación permanente hacia equipos de salud y operadores/educadores, así como la promoción de actividades de educación para la salud hacia PPL.

25. Entran en el CIEED los varones en medidas cautelares, donde permanecen hasta la audiencia final, en tanto que las mujeres adolescentes ingresan aún en medidas cautelares en el CIAF (Centro Integral de Atención Femenina)

5. PROPÓSITO DEL PLAN

Este plan tiene el propósito de ***contribuir a la mejora de las condiciones de vida y al bienestar de las PPL en el ámbito de la salud, tanto adolescentes como adultas de ambos sexos, en el período 2016–2020, abordando programas de promoción, protección a la salud y prevención de enfermedades, con fomento del autocuidado, estilos de vida y entornos saludables, con base en la estrategia de la Atención Primaria de Salud.***

Promueve que sus ejes de acción sean la base de un marco programático de promoción y prevención de salud en el ámbito penitenciario, con revisión de sus objetivos y metas en sucesivos períodos, y con ajustes en función de las necesidades y los recursos.

6. PRINCIPIOS Y EJES CONTRIBUYENTES

En forma sintética, se señalan los principios y ejes contribuyentes (supuestos) que posibilitarán la ejecución de este Plan, y su sostenibilidad a futuro.

Principio	Eje contribuyente
1. Derecho a la salud	Compromiso político de autoridades penitenciarias y de salud en respaldar la efectiva aplicación de los derechos a la salud.
2. Concepción de salud integral	Compromiso de las autoridades penitenciarias y de salud en la importancia de incluir medidas promocionales y preventivas en los centros de privación de libertad.
3. Participación del equipo de salud, operadores / educadores y PPL	Compromiso de las autoridades penitenciarias y de privación de libertad adolescente, y de salud, en facilitar la articulación en la gobernanza central y local, y la participación posible de operadores y PPL según las formas propuestas.
4. Capacitación y orientación permanente a los actores involucrados	Compromiso de autoridades penitenciarias y de salud para sostener las actividades de orientación y capacitación a operadores y personal de salud.

La implantación de planes de promoción y prevención en el ámbito penitenciario y de privación de libertad adolescente vincula con el cumplimiento de los **derechos de salud de las PPL**, según las normas, y con la consecuente obligación del Estado para hacer efectivo dicho cumplimiento.

Por lo mismo, el principio fundamental que respalda este Plan es el derecho a la salud y su eje contribuyente es el compromiso político de asegurar su aplicación y sostenibilidad.

Otro principio sostén de esta estrategia es la **concepción de salud en base a la integralidad individual, colectiva y ambiental**, donde los aspectos promocionales y preventivos hacia personas y entorno comprometen acciones sistemáticas de todos los actores.

El eje contribuyente de esta estrategia supone la voluntad política de autoridades de los institutos penitenciarios de adultos y adolescentes, y de la autoridad sanitaria, de contribuir a la inclusión sistemática de medidas promocionales y preventivas en el accionar cotidiano de los centros de privación de libertad.

Señalamos otro principio importante para la consecución de resultados en la estrategia promocional: **la participación de todos los actores** de los centros de privación de libertad, desde los equipos de gestión de los centros, los equipos de salud, los operadores y educadores, y PPL comprometidos con conductas de cuidado.

Este principio refiere a un eje contribuyente bajo control de la institución penitenciaria, en acuerdo con los responsables sanitarios, que permita mayores ámbitos de articulación con referentes de salud a nivel central y en cada establecimiento –gobernanza compartida según se establece en el documento de Estrategia -. También refiere a la posible conformación de los Talleres de promoción de salud con participación conjunta de operadores/educadores promotores de salud y referentes del equipo de salud, así como la coordinación local prevista en el cumplimiento de la tarea de Observación Ambiental por parte del equipo de salud, en respeto a su rol garante establecido en las Reglas Mandela.

Por último, destacamos que las actividades aquí propuestas implican acciones de **orientación permanente a equipos de salud y a operadores y educadores**, con actuación del CEFOPEN en forma sistemática en acuerdo con el sector salud y penitenciario.

La orientación sistemática a los distintos trabajadores involucrados en la custodia y atención de las PPL, dignifica una tarea compleja y con gran carga de estrés, en una doble funcionalidad: mejora los conocimientos y contribuye a la sistematización de actividades, por un lado, y contribuye a minimizar el “burn-out” propio de esta actividad, en tanto facilita el diálogo y el compromiso colectivo. Nuevamente está en juego el supuesto del compromiso de autoridades penitenciarias y de salud.

7. AREAS DE INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS

7.1. Áreas de intervención

De acuerdo a los conceptos desarrollados con relación a la promoción de la salud desde perspectivas individuales, colectivas y de entornos saludables, y en función de la importancia de la prevención de salud individual y colectiva, este Plan desarrolla **dos áreas de intervención**.

Estas áreas propuestas se vinculan, por un lado, con la promoción de salud y la prevención de las patologías prevalentes en contextos de encierro, centradas en la APS, basadas en enfoque de género y generaciones, derechos humanos, y sustentada en la normativa vigente, y por otro, con la mejora de las condiciones de salud y la calidad de vida con vigilancia del entorno.

Las áreas de intervención del plan son:

I - Promoción de salud y prevención de enfermedades

II - Vigilancia de la salud y del entorno

El cuadro siguiente muestra los objetivos de estas áreas y sus actividades, que serán desarrolladas con sus respectivas acciones.

Cuadro 1 - Áreas de intervención I y II con objetivos y actividades

Áreas de intervención	Objetivos	Actividades
Promoción de salud y prevención de enfermedades	1. Promover la salud y prevenir las enfermedades prevalentes de las PPL adolescentes y adultas de ambos sexos pertenecientes a las unidades de internación de todo el país, por parte de los equipos de salud y de los operadores penitenciarios / educadores.	1.1. Realizar acciones de promoción y protección de salud dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a una mejor calidad de vida de las PPL, por parte del equipo de salud y operadores promotores de salud.
		2.1. Realizar actividades de prevención por parte del equipo de salud, que permitan detectar precozmente los problemas de salud de las PPL y la instalación temprana de medidas preventivas y terapéuticas necesarias
Vigilancia de la salud y del entorno	2. Desarrollar acciones de vigilancia de la salud hacia la población y el entorno	3.1. Cumplir tareas de vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de salud que permitan detectar riesgos y conocer la situación de las patologías prevalentes.
		4.1. Desarrollar actividades de vigilancia del entorno para la mejora de las condiciones de vida y ambientales en los centros de privación de libertad, comprometiendo al equipo de salud en su rol garante con el apoyo de operadores.

7.2. Objetivos de las áreas de intervención

Área de intervención 1:

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Objetivo:

Promover la salud y prevenir las enfermedades prevalentes de las PPL adolescentes y adultas de ambos sexos pertenecientes a las unidades de internación de todo el país, por parte de los equipos de salud y de los operadores penitenciarios / educadores

Las normas penitenciarias reflejan el compromiso de tratar a las PPL de manera justa y equitativa. Es evidente que el cuidado de la salud tiene una importante contribución a la función rehabilitadora, desde las acciones de diagnóstico integral al ingreso del sistema penitenciario, hasta la continuidad de los controles en salud y la asistencia continua. Explicitar ante una persona privada de libertad sus derechos de salud y la atención a brindar por parte del sistema, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a su autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo.

Las acciones vinculadas a este Objetivo responden a:

- El fomento del autocuidado y mutuo cuidado de las PPL a partir de la **promoción y protección** de salud, con la interacción de los equipos de salud y operadores actuando como promotores de salud.
- Tareas de **prevención** para minimizar riesgos y detectarlos en forma oportuna, con responsabilidad específica del equipo de salud: aplicación sistemática del examen al ingreso, fomento del control periódico de salud, campañas de pesquisa de patologías y de vacunación, cumplimiento de normas de aislamiento según corresponda.

A través de las acciones de promoción de salud las personas pueden valorar la condición de salud y ejercer mayor control sobre la misma, actuando sobre sus factores determinantes para lograr el máximo beneficio posible. La privación de libertad puede proporcionar una oportunidad para reducir las desigualdades en salud, ya que permite trabajar aspectos de la promoción de la salud y prevención de enfermedades que no fueron accesibles antes de la misma.

Los principios claves de la promoción de salud pensados para el conjunto de la población son pasibles de ser extrapolados, con ajustes, al ambiente de las unidades de internación de personas privadas de libertad:

-
- ✓ Se debe implicar a la población penitenciaria en su conjunto—PPL, operadores, equipo de salud y funcionarios en general—y familia próxima, en el contexto de su vida cotidiana de las UI.
 - ✓ Se centra en las causas o determinantes de la salud.
 - ✓ Aspira a la participación activa de la población privada de libertad.
 - ✓ Los equipos de salud, los operadores y educadores y el personal de seguridad desempeñan un importante papel para facilitar y habilitar muchas de estas intervenciones.

En la vida cotidiana de los centros de privación de libertad, las acciones vinculadas con esta área de intervención, tanto en el eje promoción de salud como prevención, **implican compromisos por parte del equipo de salud, y por parte de la autoridad penitenciaria, ya adelantados en los EJES CONTRIBUYENTES:**

Compromiso del equipo de salud en su necesaria reorientación, a través de la incorporación sistemática de mensajes de promoción de salud hacia las personas y hacia el entorno, y de la pesquisa de condicionantes de salud individual. (Ej.: llenado del “Formulario de Condiciones de privación de libertad”— ver más adelante).

Compromiso del equipo de salud, de la dirección de cada establecimiento, y del INR y del INISA, hacia la posible instalación de talleres de promoción de salud en cada centro — con participación conjunta de referentes del equipo de salud y de operadores/educadores promotores de salud —que se oriente en temáticas de promoción y prevención en base a herramientas propuestas por este Proyecto, y que desarrolle propuestas didácticas concertadas que impacten en la vida cotidiana de las PPL.

Compromiso de la dirección de cada establecimiento, y del INR e INISA y sus políticas en general, hacia el fortalecimiento de la GOBERNANZA COMPARTIDA CON EL SECTOR SALUD, conformando ámbitos de diálogo hacia la vigilancia del entorno y mejora de condiciones de vida, así como facilitar ámbitos de escucha de referentes PPL, - mesas de diálogo o similar - para conocer sus demandas de mejora de sus condiciones y evaluar posibles ajustes.

Es aconsejable que las PPL tomen un rol activo en la negociación para el cambio de estilos de vida, hasta donde permita la condición de privación de libertad.

Para esto es deseable que se creen espacios de participación en los Centros, donde las PPL puedan plantear sus dificultades y propuestas, donde se definan posibilidades de acuerdo y mejoras que generen escenarios más afines al cuidado; y que desde el equipo de salud junto a operadores/educadores promotores, se realice la abogacía para apoyar dichos cambios.

La línea de acción propuesta en el eje de promoción, que toma en cuenta los aspectos recién señalados, tales como la participación activa de todos los actores y el fomento de acciones en el ámbito cotidiano de los establecimientos, pone énfasis en la **constitución de Talleres de promoción de salud por módulo o sector**. Aquí destaca el necesario liderazgo de un grupo articulado de referentes de salud y de operadores/educadores promotores de salud que promuevan dichos Talleres en acuerdo con el Equipo de Gestión de cada Centro, identificando prioridades en temas de promoción de salud y motivando la participación de PPL en cada Taller de sector.

Con respecto a las acciones de prevención que se detallan, son en gran medida fortalezas actuales de la intervención de salud en el sistema de privación de libertad de adultos y de adolescentes, como la evaluación de salud al ingreso. En otras acciones se promueven acciones más sistemáticas—como la realización de controles periódico de salud en todas las PPL, o las campañas de vacunación—para asegurar el cuidado de la salud individual y colectiva a partir de la detección precoz de alteraciones.

Área de intervención 2: Vigilancia de la salud y del entorno

Objetivo:

Desarrollar acciones de vigilancia en salud hacia la población y el entorno

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

La situación de privación de libertad tiene muchos componentes perjudiciales para el bienestar físico y mental de las PPL; por esta razón, la administración penitenciaria debe disponer de las condiciones que promuevan un mejor confort tanto de las PPL como de los trabajadores todos. Para ello es necesario desarrollar acciones de vigilancia en salud.

Los lugares cerrados en donde viven las PPL generan factores de riesgo para la salud debido a la naturaleza del encierro, ej.: riesgo epidemiológicamente mayor de padecer un brote de enfermedades transmisibles, enfermedades alimentarias, alteraciones del humor, depresión.

La implementación y fortalecimiento de un sistema de vigilancia en salud dentro de las UI, constituye una obligación del Estado en tanto garante de la vida de la población privada de libertad, y contribuye a la salud de las PPL y del resto de la población en general, en la medida en que, tras la detección oportuna de riesgos y eventos, se facilita el desarrollo de acciones de prevención, atención y control.

En las comunidades cerradas, una situación emergente en términos de salud puede concretarse como un desencadenante epidémico, sea un fenómeno infectocontagioso, de violencia, etc.

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

Para ello se requiere que el equipo de salud:

- conozca el perfil de la población bajo su cuidado, como situación de línea de base pasible de sufrir cambios a revisar,
- que cumpla el rol garante de salud hacia el ambiente y la condición del encierro, condicionantes socio-ambientales que exigen vigilancia, tal como establecen las normativas internacionales a las que Uruguay adhiere.

Las acciones de vigilancia de salud hacia el colectivo aquí propuestas refieren con dos tipos de intervenciones:

- La vigilancia epidemiológica sistemática de la condición de salud de la población PPL, a través del cumplimiento de la notificación obligatoria de enfermedades, y del análisis periódico de la carga de problemas de salud de dicha población.
- La vigilancia del entorno y de las condiciones de privación de libertad, en cumplimiento de las Reglas Mandela, y la coordinación activa del equipo de salud con la autoridad del establecimiento por dicha vigilancia.²⁶

Esta área de intervención propone cumplir la normativa de Reglas Mandela en función de responsabilizar al equipo de salud en la garantía de cumplimiento de condiciones más dignas del entorno y la privación de libertad, ejerciendo tareas de vigilancia a través de acciones propias o delegadas en operadores debidamente orientados, en coordinación con la autoridad de los establecimientos. (Función de “observación ambiental”)

La responsabilidad de la vigilancia del entorno en los establecimientos de privación de libertad es actualmente ejercida por referentes del Equipo de Gestión de cada Centro. El equipo de salud – y los responsables sanitarios respectivos, ASSE o SDNSP - en ocasiones realiza acciones de abogacía frente a los responsables de los establecimientos ante situaciones flagrantes de riesgo para la salud (ej.: dudas acerca de la potabilidad del agua, presencia de aguas servidas en espacios de recreación, etc.).

26. Ver Regla Mandela N° 35 en página 21.

En tanto las Reglas Mandela establecen que el equipo de salud no solo debe realizar inspecciones sino asesorar al director del establecimiento penitenciario acerca de las mismas, se plantea el desarrollo de ámbitos de coordinación periódicos entre el equipo de salud y la autoridad penitenciaria y equipos de gestión locales - **gobernanza compartida**, como señala la Estrategia planteada en el “Programa de Justicia e Inclusión” - que posibiliten diálogos y recomendaciones hacia posibles mejoras en las condiciones del entorno y de las condiciones de privación de libertad, y en casos que sea conveniente, apoyarse en operadores que contribuyan con la tarea de vigilancia del equipo de salud y en apoyo a la gestión de la dirección del establecimiento.

8. DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y SUS RESPONSABLES

8.1. Presentación general de actividades y acciones por área de intervención, según responsables.

Cuadro 2 - Área de intervención I con objetivos, actividades y responsables

OBJETIVO: Promover la salud y prevenir las enfermedades prevalentes de las PPL adolescentes y adultas de ambos sexos pertenecientes a las unidades de internación de todo el país, por parte de los equipos de salud y de los operadores penitenciarios / educadores

ACTIVIDADES	ACCIONES	RESPONSABLE
1.1. Realizar acciones de promoción y protección de salud dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes de las PPL que conduzcan a una mejor calidad de vida, por parte del equipo de salud y operadores promotores de salud	1.1.1. Entrega del set de aseo al ingreso y en forma periódica, en particular a aquellas PPL que no cuenten con apoyos externos, por parte de la autoridad penitenciaria.	INR + INISA
	1.1.2. Pesquisa por parte del equipo de salud sobre condiciones de privación de libertad en forma sistemática (llenado del “Formulario de condiciones de privación de libertad”), y consejos acerca de estilos de vida, con mirada integral hacia el entorno.	Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA
	1.1.3. Funcionamiento de los Talleres de promoción de salud en cada UI y centro de privación de libertad, con participación conjunta de referentes del equipo de salud y de operadores promotores de salud, convocando la participación de PPL según sectores o módulos del Centro.	Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA + operadores y educadores
1.2. Realizar actividades de prevención por parte del equipo de salud, que permitan detectar precozmente los problemas de salud de las PPL y la instalación temprana de medidas preventivas y terapéuticas necesarias	1.2.1 Implementar la evaluación de salud al ingreso de PPL adultos y adolescentes, con identificación de factores de riesgo y detección precoz de patologías, y apertura de la Historia Clínica.	Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA Respaldo de INR + INISA
	1.2.2. Ingresar a toda PPL y adolescente privado de libertad en plan de consulta periódica, para despistar diagnósticos precoces, y asegurar el seguimiento de aquellos con patologías crónicas, según protocolos.	Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA
	1.2.3 Llevar adelante pesquisas de patologías prevalentes según criterios técnicos de los protocolos respectivos, o incorporar prácticas de despistaje en forma frecuente.	Equipos de salud de ASSE, DNSP, INISA Respaldo de INR - SIRPA

Cuadro 3 - Área de intervención II con objetivos, actividades y responsables

OBJETIVO: Desarrollar acciones de vigilancia de salud hacia la población y el entorno		
ACTIVIDADES	ACCIONES	RESPONSABLE
2.1 Cumplir tareas de vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de salud que permitan detectar riesgos y conocer la situación de las patologías prevalentes.	2.1.1. Asegurar el cumplimiento de la normativa relativa a la notificación de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria	Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA
	2.1.2. Evaluar periódicamente la situación de salud de la población de PPL y adolescentes privados de libertad en cada Centro.	Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA
2.2 Desarrollar actividades de vigilancia del entorno para la mejora de las condiciones de vida y ambientales en los centros de privación de libertad, con compromiso del equipo de salud y operadores.	2.2.1 Evaluar periódicamente la condición del entorno a través de la observación del ambiente, por parte del equipo de salud, en forma directa o con el apoyo de operadores /educadores, y coordinación con la autoridad del establecimiento ante situaciones vinculantes.	INR - INISA Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA

8.2. Desarrollo de Acciones y Metas según actividades

Acción 1.1.1

Actividad 1.1 Realizar acciones de promoción y protección de salud dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a una mejor calidad de vida, por parte del equipo de salud y operadores promotores de salud

Acción 1.1.1. Entrega del set de aseo al ingreso y en forma periódica, en particular a PPL que no cuenten con apoyos externos, por parte de la autoridad penitenciaria.

El acceso a servicios de higiene, y el mantenimiento de buenos niveles de higiene son componentes esenciales de un ambiente humano saludable. La adecuada disposición de artículos de higiene básicos es un factor de protección de la salud e importante principio de convivencia en ambientes cerrados. Es importante la promoción de prácticas de higiene personal—en particular el lavado de manos y del cuerpo—demás de la necesaria higiene en las vestimentas, ropas de cama y espacios de convivencia.²⁷

La necesidad de mantener la higiene personal en las personas privadas de libertad está establecida en Reglas Mandela universalmente reconocidas.²⁸

Al ingreso en los establecimientos, adultos y adolescentes, varones y mujeres, deben recibir instrucción acerca de sus obligaciones y derechos,^{29, 30} según se establece en las Reglas, entre los que figura la importancia del cuidado de la higiene. La autoridad penitenciaria debe asegurar que toda PPL y adolescente privado de libertad cuente con insumos básicos para su higiene al ingreso, y proveer su reposición periódica, en especial a quienes no cuentan con apoyo externo. (Según el estudio epidemiológico realizado, esta cifra alcanza al 20 % en varones y 30 % en mujeres.)

27. **Regla Mandela 18, punto 1:** Se exigirá a los reclusos/as aseo personal, y a tal efecto, se les facilitará agua y artículos de aseo indispensables para su salud e higiene

28. **Regla Mandela 18, punto 2:** A fin de que los reclusos/as puedan mantener un aspecto decoroso que les permita conservar el respeto de sí mismos, se les facilitarán los medios para el cuidado del cabello y de la barba y para que puedan afeitarse con regularidad,

29. **Reglas de Bangkok Regla 5:** Los recintos destinados al alojamiento de las reclusas deberán contar con las instalaciones y artículos necesarios para satisfacer las necesidades de higiene propias de su género, incluidas toallas sanitarias gratuitas y el suministro permanente de agua para el cuidado personal de niños y mujeres, en particular las que cocinen, las embarazadas y las que se encuentren en período de lactancia o menstruación

30. **Principios y Buenas Prácticas OEA. Principio XII- 2:** Las personas privadas de libertad tendrán acceso a instalaciones sanitarias higiénicas y suficientes, que aseguren su privacidad y dignidad. Asimismo, tendrán acceso a productos básicos de higiene personal, y a agua para su aseo personal, conforme a las condiciones climáticas. Se proveerá regularmente a las mujeres y niñas privadas de libertad los artículos indispensables para las necesidades sanitarias propias de su sexo.

Los insumos recomendados en este set incluyen:

1) Barra de jabón	Reposición mensual
2) Cepillo dental y pasta fluorada	= Pasta: reposición mensual. = Cepillos: reposición cada 3–4 meses, entregando el anterior.
3) Papel higiénico, 1 rollo	Reposición mensual
4) Condones masculinos, al menos 15 por mes	Reposición mensual
5) 20 absorbentes de higiene femenina con bolsa de eliminación para mujeres en edad reproductiva.	Reposición mensual.

Recursos	Materiales: insumos citados.
	Humanos: operadores/educadores distribuyen set de ingreso y mensualmente reponen según necesidad

Indicador	Responsable institucional	Situación de partida	Meta 2020
Cantidad de sets de ingreso para la población PPL <u>N° de sets comprados anualmente</u> N° de ingresos anuales Este indicador debe tener como resultado: igual o mayor que 1	INR INISA	No se entrega set actualmente	= entrega del set al ingreso a todo PPL adulto y adolescente De preferencia, también: = reposición a quienes no reciben visitas.

En tanto la propuesta incluye la entrega de sets al ingreso, la compra de insumos no debería ser inferior al nº de ingresos anuales. Se propone que se compren en mayor cantidad para entrega mensual a quienes no reciben visitas (según estudio epidemiológico 2015, esta cifra es próxima al 30 %)

Acción 1.1.2

Actividad 1.1 Realizar acciones de promoción y protección de salud dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a una mejor calidad de vida, por parte de equipo de salud y operadores promotores

Acción 1.1.2. Pesquisa por parte del equipo de salud sobre condiciones de vida en privación de libertad en forma sistemática (mediante llenado del Formulario de condiciones de privación de libertad), y consejo acerca de estilos de vida, con mirada integral hacia el entorno.

La medicina en los últimos años ha centrado su mirada en los hábitos y en el entorno de las personas, y ha señalado la importancia que tienen la educación y la promoción de la salud. En consonancia, la Conferencia de Ottawa insiste en la reorientación de los equipos de salud incorporando estas prácticas.

En la situación particular de la atención de salud en privación de libertad, es necesario que el equipo de salud conozca la realidad individual de cada PPL, cuál es su condición de vida, y que promueva sus capacidades de autocuidado. Esto requiere fomentar la escucha y el diálogo desde los equipos de salud, en particular desde el médico de sector o área, generando empatía y confianza, de modo tal que siempre que los tiempos lo permitan, se realicen **entrevistas motivacionales – consejos breves** de promoción de salud, desde la realidad concreta de cada PPL.

Para el cumplimiento de esta reorientación del equipo de salud, la historia clínica debe integrar los datos de las condiciones de internación y actualizarlos en forma periódica, y éstos deben ser tenidos en cuenta para realizar diagnósticos y asesoramientos.

El instrumento propuesto es el **Formulario de condiciones de privación de libertad** (*Anexo I*), a agregar a la historia clínica de la persona.³¹ Este Formulario permite conocer datos sociodemográficos (nivel de estudio, estado civil, hijos, oficio o profesión, religión, lugar de residencia habitual previo a la internación) y condiciones de vida (alojamiento, entrega del set higiénico, alimentación, visitas, salidas transitorias, actividad educativa-deportiva-laboral, dificultades en la convivencia).

En base a esta información el médico tomará contacto más estrecho con la realidad de cada PPL y estará en mejor condición para motivar posibles conductas de cambio.

Recursos

Materiales: provisión del Formulario de condiciones de privación de libertad por parte del subsistema de salud responsable de la atención, en tanto ésta no se integre al Registro Electrónico

Humanos: equipo de salud orientado en el llenado de dicho Formulario

31. En tanto el Programa de Justicia e Inclusión – Componente Salud” incluye la tarea de contribuir hacia un sistema de información electrónico, este Formulario podrá integrarse a los datos de la Historia Clínica Electrónica, y dialogar con la información que puede aportar el Sistema de Gestión Carcelaria en el caso del INR, y del SIPI en caso del INISA.

Indicador*	Responsable institucional	Situación de partida	Meta 2020
Proporción de llenado del Formulario de condiciones de privación de libertad en la HC electrónica.*	ASSE/SDNSP INISA	No existe registro de condiciones de privación de libertad	Al menos 40% de llenado del Formulario de condiciones de privación de libertad en la HC informatizada en cada Centro.

*Este indicador vincula con la efectiva aplicación de un registro informático en los servicios de salud para su evaluación.

Acción 1.1.3

Actividad 1.1 Realizar acciones de promoción y protección de salud dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a una mejor calidad de vida, por parte del equipo de salud y operadores promotores de salud

Acción 1.1.3. Funcionamiento de los Talleres de promoción de salud en los centros de privación de libertad, con participación conjunta de referentes del equipo de salud y de operadores / educadores promotores de salud, convocando la participación de PPL según sectores o módulos del Centro

La práctica del cuidado de la salud supone disponer de información y habilidades personales, y de un entorno que la promueva.

La población de PPL es un colectivo cerrado y con tiempos ociosos, sometido a riesgos por su condición de vulnerabilidad, a lo que se suman, en general, débiles hábitos de autocuidado. Esta condición supone la necesidad de analizar y aprovechar en forma sistemática toda oportunidad para generar el interés hacia el cuidado de la salud.

Las acciones de promoción de salud son tanto más eficaces cuanto más próximo sea el trasmisor del mensaje. La orientación a operadores/educadores promotores de salud - el personal más próximo a las PPL -, y a las propias PPL para la reflexión sobre su autocuidado, es un requisito para esta acción.

La privación de libertad puede generar sentimientos de hostilidad y rechazo hacia todo aquello que represente los valores de una sociedad “diferente”. La **educación entre iguales**, es decir, la promoción de valores de unas personas por otras de su mismo grupo o rango social evita el rechazo y ha demostrado ser más eficaz para la difusión de mensajes de salud en determinados colectivos, en particular en ambientes de marginalidad como pueden ser los centros penitenciarios.³²

32. En el artículo de médicos del Centro Penitenciario de Alicante “Cumplimiento” se describe un programa piloto de formación de mediadores en salud con relación al VIH, cuyo objetivo primordial es la prevención de la infección por el

La intervención en promoción de salud que integre a operadores y PPL debe surgir de propuestas de cada Centro, según las prioridades temáticas que sean verificadas, o según el propio interés de las PPL. El liderazgo del proceso de promoción de salud en cada caso debe ser compartido por un grupo técnico integrado por referentes del equipo de salud y operadores/educadores que han recibido el Curso de Formación y fueron adiestrados en herramientas de educación popular. Este grupo, contando con el respaldo del equipo de gestión del Centro, mantendrá reuniones de trabajo para definir su operativa: temáticas relevantes para plantear en todo el establecimiento o diferentes para algunos sectores; formato del taller, responsabilidades y materiales requeridos.

Se elegirán los módulos o sectores donde realizar los talleres, invitando a las PPL a participar, en lo posible en sitio próximo que exija el menor traslado. Las PPL que acepten participar – no más de 20 o 30 – participarán del Taller en su instancia de información en base a herramientas participativas (juegos, role-playing, otras dinámicas) y podrán proponer cual herramienta llevar a su módulo para su posible replicación, con apoyo de los operadores. En el Taller de cada módulo o sector será conveniente que también participen los operadores de dicho sector, quienes luego podrán contribuir con la difusión de mensajes de cuidado. Las propuestas de intervención en promoción de salud a cumplir luego de los talleres, por parte de operadores y posible apoyo de PPL, también podrán tener en cuenta a la población general – a modo de ejemplo, un boletín interno, la realización de una encuesta – y los ámbitos de visita familiar.

En el Programa de Capacitación que integra los aportes del Programa de Justicia e Inclusión – Sector Salud, se describe con mayor detalle la estrategia de los Talleres de promoción de salud, en el Componente 3: Educación para la salud a las PPL.

La acción de promoción de salud en base a la educación para la salud a PPL y operadores debe ser registrada y evaluada anualmente. Se aporta un formato con tal fin: “**Registro anual de actividades de promoción de salud**”, a ser completado por el equipo articulador del taller (referentes de salud y operadores promotores), registro que deberá entregarse a la dirección del Centro y a las autoridades de salud respectivas. (*Anexo II*)

Las acciones de promoción de salud con enfoque participativo implican un cambio cultural y de gestión en los establecimientos. Exige el diálogo con el equipo de gestión para contar con su permanente respaldo, y definiciones acerca de la selección de sectores donde intervenir (posiblemente en los de mediana y baja seguridad).

En caso que no se acuerde la realización de talleres con PPL bajo la dirección actuante, la propuesta alternativa consiste en que el mismo grupo técnico articulador ya nombrado realice talleres de promoción de salud hacia todos los operadores, trabajando los temas de salud prevalentes y definiendo en conjunto estrategias y herramientas aplicar para sensibilizar a las PPL en el marco de su labor habitual, durante la visita, etc.

VIH basado en la educación entre iguales como inspiradora del modelo. “*Formación de Mediadores en Salud (VIH/SIDA) en un Centro Penitenciario*”

Recursos	Materiales: sitio definido para los talleres, material de papelería, posible pizarra o papelógrafo, folletería en temas de salud.
	Humanos: grupo técnico articulador de talleres de promoción: referentes del equipo de salud y operadores promotores, en acuerdo con el equipo de gestión del Centro.

Indicador	Responsable institucional	Situación de partida	Meta 2020
Proporción de centros que realizan actividades de Taller de promoción de salud al finalizar el año	ASSE/SDNSP INISA	Muy pocas instancias de promoción de salud	En el 60 % de centros de INR y de INISA se realizan actividades de Taller promoción con llenado anual del Registro de actividades de promoción de salud

Acción 1.2.1

Actividad 1.2 Realizar actividades de Prevención por parte del equipo de salud, que permitan detectar precozmente los problemas de salud de las PPL y la instalación temprana de las medidas preventivas o terapéuticas necesarias.

Acción 1.2.1. Implementar la evaluación de salud al ingreso de PPL adultos y adolescentes, con identificación de factores de riesgo y detección precoz de patologías, y apertura de la Historia Clínica.

El modelo de atención de salud en centros de privación de libertad tiene como exigencia particular conocer la condición de salud de todas las personas que ingresan al sistema de privación de libertad. El principio N° 24 del **Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, así como las Reglas de Bangkok** establecen que es indispensable que toda PPL sea sometida a un examen médico apropiado e individual en el momento de su ingreso en prisión.^{33, 34} Esto reviste especial importancia dado que permite garantizar que los presos comiencen a recibir el tratamiento adecuado de manera inmediata, se despisten situaciones de

33. Ver "Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión. ONU – ONUDD 1988

34. **Reglas de Bangkok Regla 6:** El reconocimiento médico de las reclusas comprenderá un examen exhaustivo a fin de determinar sus necesidades básicas de atención de salud, así como determinar:

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

riesgo, y también resulta fundamental para descubrir cualquier indicio de malos tratos en detención o custodia previa del interno.

Ya fue explicitado que esta evaluación se viene implementando en INISA al ingreso de adolescentes a la unidad de Medidas Cautelares; también se implementa por parte de ASSE – SAI PPL en el ingreso de varones del área metropolitana en Cárcel Central, y en las Unidades N° 5 Femenino y Molino, para el ingreso de mujeres. Y a nivel de la SDNSP, en los establecimientos de privación de libertad del interior bajo su dependencia sanitaria también se promueve el examen al ingreso, en ocasiones con dificultades por la escasez relativa de recursos humanos.

En tanto han sido acordados en el marco del Programa de Justicia e Inclusión los respectivos Protocolos de Atención al Ingreso para PPL adultos y adolescentes, con participación de referentes técnicos de estos subsistemas y sus autoridades, esta acción del Plan de Prevención prevé que los mismos sean aplicados por los equipos de salud de ASSE, SDNSP e INISA en todo el país en forma sistemática, de forma de lograr una evaluación de calidad homogénea al momento del ingreso de todas las PPL a los establecimientos penitenciarios y centros de privación de libertad adolescente.

La puesta en marcha de un sistema de información electrónico en los servicios de salud de centros de privación de libertad, categorizando situaciones de riesgo o enfermedad, permitirá contar con información general de la situación de salud de las PPL ingresadas, que deberá ser tomada como línea de base para ser actualizada con la consulta periódica de salud. La conexión en red de todos los servicios facilitará el traslado de dicha información al centro donde la PPL es derivada. En tanto esto no ocurra, es fundamental insistir en el traslado de la historia clínica junto al legajo carcelario que viaja junto a la PP- en iguales condiciones de confidencialidad - , para que la información sea conocida por el equipo de salud en lugar de destino, de forma inmediata.

Interesa en particular señalar la importancia de la oportuna inmunización a toda PPL que ingresa, a sabiendas del particular peligro que representan estas comunidades cerradas con factores de riesgo agregados, (tatuajes, relaciones sexuales sin protección, cortes, etc.) en población con débiles conductas previas de inmunización.

A modo de resumen, se enumeran los componentes de la evaluación al ingreso de adultos y adolescentes.

Protocolo de atención de adultos de ambos sexos en el ingreso al Sistema de privación de libertad

Consistirá en:

- Informar a PPL sobre derecho a la salud y compromiso con el autocuidado
- Evaluar lesiones
- Realizar valoración médica con llenado de historia clínica, incluyendo evaluación básica de salud bucal (48)
- Realizar tamizaje de paraclínica básica (VIH, Sífilis, Baciloscopía, + Beta HCG en mujeres)
- Tratamiento médico necesario
- Entrevista sicológica con valoración sobre consumo de sustancias
- Vacunación
- (la evaluación odontológica puede ser realizada al ingreso del centro de destino)

Recursos Ya aplicados

Materiales: test, vacunas, insumos de atención de salud; sistema de registro informatizado en red, **pendiente**

Humanos: equipos de salud de atención actuantes al ingreso de toda PPL, completando datos de la evaluación inicial en HC, y a futuro en el sistema de registro informatizado

Protocolo de atención de ingreso de adolescentes de ambos sexos al sistema de medidas cautelares privativas de libertad

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

- evaluación médica mediante anamnesis y examen físico completo.
- examen odontológico
- evaluación sicosocial (incluye pesquisa de consumo de sustancias)
- evaluación nutricional
- vacunación (puesta al día según Esquema vigente, incluyendo HPV)
- estudios de laboratorio

Indicador *	Responsable	Situación actual	Meta 2020
Aplicación del <u>Protocolo de ingreso</u> x 100 N° de ingresos / año <i>Fuente de dato: Llenado de la HC de ingreso. El registro informático permitirá conocer el cumplimiento de esta meta</i>	ASSE/SDNSP INISA	Aplicación bastante sistemática de la evaluación al ingreso Dificultad: HC (adultos) que no viaja con PPL en traslados	100 % de evaluación al ingreso en PPL adultas y adolescentes.

*La evaluación requiere del funcionamiento de un sistema de registro informatizado, que aporte la funcionalidad gerencial descrita: control de llenado de la evaluación al ingreso.

Acción 1.2.2

Actividad 1.2 Realizar actividades de Prevención por parte del equipo de salud, que permitan detectar precozmente los problemas de salud de las PPL y la instalación temprana de las medidas preventivas o terapéuticas necesarias.

Acción 1.2.2. Ingresar a toda PPL y adolescente privado de libertad en plan de consulta periódica, para despistar diagnósticos precoces, y asegurar el seguimiento en caso de patologías crónicas, según protocolos.

Esta actividad preventiva tiene 2 vertientes: una refiere a la prevención primaria, con el seguimiento de la población PPL en apariencia sana, y otra de prevención secundaria, sistematizando la continuidad de la atención de las PPL enfermas.

Ya señalamos la fortaleza del sector salud en ámbito penitenciario en base a la evaluación al ingreso de la condición de las PPL: esta fortaleza puede verse mermada si no se asegura la continuidad de la atención, aun cuando no medien demandas específicas por parte de las PPL.³⁵

La ley 14.470 (Normas de Reclusión Carcelaria), en su artículo 21°, establece que las PPL serán examinadas periódicamente por el servicio sanitario de cada establecimiento.³⁶

35. En las visitas de relevamiento de este Programa hemos encontrado situaciones disímiles en cuanto a este seguimiento: establecimientos donde la consulta médica próxima a los módulos acerca al técnico y facilita que gran parte de las PPL tengan consultas preventivas, y establecimientos con consultas centralizadas con dificultades en la conducción, que implica que más de la tercera parte de la población reclusa no tenga diálogo alguno con el equipo de salud en un lapso de uno o dos años.

36. **Ley 14470 de Normas sobre Reclusión Carcelaria, Artículo 21:** El recluso será examinado periódicamente por el servicio sanitario de cada establecimiento y en forma continuada cuando presente lesiones de cualquier clase, así como cuando se sospeche o se observe alguna enfermedad física o mental. El recluso, en casos razonablemente fundados podrá

Ya destacamos la importancia de la detección precoz de situaciones de riesgo en estos colectivos cerrados con condiciones de vida duras: debe ofrecerse la oportunidad de una consulta periódica a toda PPL en condición de aparente salud, en lo posible de forma anual, con enfoque promocional de salud, y detección de principales riesgos, y la revisión de vacunas.

La revisión médica básica debería incluir la revisión buco-dental para determinar situaciones de riesgo evidenciables.

Será conveniente aprovechar la demanda de atención específica que planteen las PPL—excluyendo demandas urgentes—para realizar la revisión periódica de salud, en tanto la organización del servicio lo permita.

El seguimiento de la condición de salud – enfermedad de la población PPL implica una gestión específica del equipo de salud, sea facilitando las consultas de proximidad del médico de área o módulo, sea en acuerdo con la autoridad del establecimiento para facilitar las conducciones

La organización de la prestación de salud a partir de horarios para atención espontánea (urgentes) y horarios para atención programada según áreas o módulos, puede ser una opción que facilite el seguimiento, como se cumple actualmente en algunos establecimientos de gran porte, asignando días y horarios de atención a un médico generalista responsable de un colectivo de PPL que tiene a esta población bajo su responsabilidad, favoreciendo la continuidad de la atención con el mismo profesional.

La informatización de los registros facilitará la tarea de evaluar en forma anual o bianual cuáles de las PPL no han realizado su revisión periódica de salud.

La importancia de esta revisión médica de control debe transmitirse a los equipos de gestión y en particular a los operadores/educadores, quienes podrán dar cuenta de quiénes no concurren hace tiempo al servicio de salud, y promuevan su visita, con el posible apoyo de PPL del sector respectivo. El control de salud no debe ser impuesto, sino ofrecido, vale la pena señalarlo.

En lo que refiere a la prevención secundaria, la atención y el seguimiento a aquellas personas con diagnóstico de patologías que requieren cuidados periódicos (diabetes, VIH y otras ETS, TBC, patología mental) se encuentra algo más sistematizada en las UI y centros de privación de libertad adolescentes.

El diseño actual en algunos establecimientos incorpora la figura de especialistas de “crónicos” o “infectólogos”, y algo menos de psiquiatras, que concurren con periodicidad a los establecimientos en función de una agenda preestablecida. En caso de no contar con

solicitar que lo examine su propio facultativo, en consulta con el profesional del servicio sanitario del establecimiento de reclusión.

la concurrencia del especialista al centro, la consulta periódica debe asegurarse a partir de la red asistencial, en acuerdo con las autoridades para su oportuna conducción externa.

El Programa “Justicia e Inclusión – Sector de intervención Salud” ha elaborado protocolos de las patologías prevalentes en centros de reclusión, que deben ser seguidos por los profesionales actuantes.

En ambas situaciones, sea para control en salud o para el control de patologías detectadas, será de gran apoyo contar con un sistema de registro electrónico con un sistema de alertas para promover las citas, así como un programa gerencial de datos que permita conocer el total de PPL que no tienen actualizado su control de salud o de patología.

Recursos	Materiales: insumos de atención de salud; sistema de registro informatizado en red (<i>pendiente</i>)
	Humanos: Equipos de salud realizando evaluación anual de las PPL (cuando se cuente con registro informatizado, una funcionalidad del mismo podrá dar cuenta de cuáles PPL no tienen control anual vigente). Operadores/educadores que apoyan la invitación a control de salud

Indicador	Responsable	Situación actual	Meta 2020 *
Proporción de PPL que tuvieron control de salud en el año N° de PPL de cada centro <u>con revisión anual de salud</u> x100 N° PPL de cada centro	ASSE/SDNSP / INISA	Revisión periódica de salud poco sistematizada	50 % de PPL tienen control anual de salud en cada establecimiento

*Evaluación de la meta dependiente de la existencia de un sistema de registro electrónico que presente la funcionalidad gerencial: PPL bajo control anual de salud

Acción 1.2.3

Actividad 1.2 Realizar actividades de Prevención por parte del equipo de salud, que permitan detectar precozmente los problemas de salud de las PPL y la instalación temprana de las medidas necesarias.

Acción 1.2.3 Llevar adelante pesquisas de patologías prevalentes según criterios técnicos de los protocolos respectivos, o incorporar prácticas de despistaje en forma frecuente.

Las actividades preventivas de detección precoz de las enfermedades prevalentes en ámbitos penitenciarios, sobre todo en población adulta, tal como plantean los protocolos consensuados producto de este Programa,³⁷ constituyen conductas de responsabilidad

37. Uno de los productos del Programa de Justicia e Inclusión – Sector de intervención 3: Salud en centros de privación de libertad fue la elaboración de protocolos de patologías prevalentes. Se formularon 9 protocolos, incluyendo Protocolos

a ser tomadas en conjunto por el equipo de salud con respaldo de la Dirección del establecimiento, y en lo posible, dirigidas no solo a las PPL sino a todo el personal de la UI o centro de privación de libertad adolescente.

La propuesta de pesquisa recomendable en forma anual—o cada 2 años —en particular para población adulta, varones y mujeres, integra el despistaje de 3 tipos de patologías: tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (o al menos VIH), e hipertensión arterial, en base a las recomendaciones de los Protocolos de atención respectivos.³⁸ Implica la coordinación con la CHLAEP y la consecución de test rápidos de HIV y sífilis, la orientación al personal y la coordinación con la dirección del establecimiento para las conducciones pertinentes o el manejo de espacios de cercanía para la atención.

Las actividades de pesquisa también implican la organización de una adecuada promoción de la detección precoz a realizar, teniendo en cuenta que se trata de revisiones voluntarias, difundiendo el motivo de las jornadas con antelación, con motivación por parte de operadores promotores para conseguir la mayor adhesión posible. Deben incorporarse mensajes identificando los síntomas precoces de las patologías que se investigan.

La responsabilidad compartida entre el equipo de salud y la autoridad penitenciaria de cada establecimiento en esta actividad de detección precoz o pesquisa periódica implica formular **diseños posibles de acciones**, recursos humanos y materiales disponibles:

- En centros de dimensiones pequeñas y medianas, y de baja o mediana seguridad, la propuesta de pesquisas anuales o cada 2 años puede ser factible, en tanto que se vuelve muy difícil de implementar en centros grandes, con 250–500 PPL o más.
- En establecimientos con cifras mayores de población PPL, (250 en adelante) donde la organización de acciones de conducción masiva a consultorio u otras medidas de acercamiento de la propuesta a cada uno de los módulos pueden complejizar la propuesta, entendemos factible que esta actividad preventiva de pesquisa sea organizada desde el equipo de salud en un período determinado—6 meses, un año—ligada a la consulta de la PPL. En esta oportunidad, sea la consulta por demanda propia (con excepción de la urgencia) o por invitación a control periódico, el equipo de salud establecerá una actividad sistemática de detección: realizará la toma de presión, se pesquisarán síntomas respiratorios y se invitará a realizar los test de HIV y sífilis, dejando el debido registro en la Historia de actuaciones y resultados, así como en una Planilla de Pesquisa donde se recabarán datos de las acciones realizadas, posibilitando la evaluación de la acción.

de atención al ingreso de adultos y de adolescentes, en base a grupos de trabajo interinstitucionales con participación de técnicos de ASSE, DNSP, INR, SIRPA, UdelaR, OPS. Los mismos recibieron a posteriori el aval institucional formal.

38. El Programa de Justicia e Inclusión – Componente Salud aportó al sistema penitenciario uruguayo los Protocolos de atención siguientes: Protocolos de Ingreso de Adultos y Adolescentes, Protocolo de atención VIH, Protocolo de atención a Enfermedades crónicas, Protocolo de atención a Tuberculosis, Protocolo de atención en Salud Sexual y Reproductiva, Protocolo de atención a la Salud Bucal, y Protocolo de Prevención del Suicidio.

Se señalan seguidamente en forma sintética las recomendaciones extraídas de los Protocolos respectivos para las acciones de detección precoz:

Pesquisa de Hipertensión Arterial

Tamizaje Periódico anual

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo para las Enfermedades Cardiovasculares, y su medición debe integrarse a la atención periódica, haciendo conocer a las personas su condición de normalidad o alteración.

Es recomendable que el plan de trabajo anual del equipo de salud incluya la programación de una jornada de tamizaje de HTA al año. Esta acción puede resultar relativamente sencilla en establecimientos de hasta 100 PPL, pero se torna más compleja con mayor cifra de PPL y mayores condiciones de seguridad. Será tarea del equipo de salud junto con la autoridad del establecimiento definir el formato a aplicar, que puede incorporar en forma conjunta otro tipo de pesquisas (TBC, ITS).

Se derivará a consulta médica programada a todo usuario sin diagnóstico de HTA en quien se constaten cifras de presión arterial superiores a 140 / 90, independientemente del motivo de consulta.

Detección de ITS (VIH y Sífilis)

Tamizaje Periódico anual con aplicación de test rápidos para detección

Los test serán realizados por personal de salud previo consentimiento informado de acuerdo a las pautas del MSP. Los resultados, tanto reactivos como negativos deberán ser adjuntados a la historia clínica y la notificación de los casos reactivos será realizada preferentemente por el especialista, y de ser posible con apoyo de psicólogo; los casos negativos serán informados por el médico general. (ver confirmación)

Tuberculosis

Tamizaje Periódico: Búsqueda de casos entre la población de una UIPPL.

Se busca detectar a personas que no consultan por síntomas respiratorios pero que pueden tenerlos.

La pauta de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa recogida por el Protocolo establece que en todas las personas que tengan tos y/o expectoración, independientemente de la duración de esos síntomas deberá obtenerse dos muestras de esputo en días sucesivos a efectos de realizar los estudios bacteriológicos específicos. En caso de establecimientos con gran número de PPL la toma de muestras podrá reducirse a una sola.

El tamizaje periódico de tuberculosis debe aplicarse con distinta periodicidad según los distintos grupos de PPL:

- **Anual en ausencia de factores de riesgo, coordinando recursos con la CHLAEP.**
- **Mensual en PPL con infección VIH**
- **Trimestral en PPL con otros factores de riesgo distintos del VIH, que impliquen la posibilidad de inmunodepresión, diabetes mellitus, nefropatía, tratamiento con inmunodepresores, entre otros**

Recursos

Materiales: insumos de atención de salud, incluyendo tests de VIH y sífilis, bacilos-copía (previa coordinación con la CHLAEP), Formatos de registro de la actividad

Humanos: Equipos de salud orientados en la realización de las pesquisas; Equipo de dirección de la UI en acuerdo para dicha realización; Operadores que promueven la misma

Indicador	Responsable	Situación actual	Meta 2020
Proporción de UI PPL que realizaron campañas de pesquisa	ASSE/ SDNSP	No se realizan casi nunca	Al menos en 20% de las UI se realizaron campañas de pesquisa en el período.

Acción 2.1.1

Actividad 2.1 *Cumplir tareas de vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de salud que permita detectar riesgos y conocer la situación de las patologías prevalentes.*

Acción 2.1.1 *Asegurar el cumplimiento de la normativa relativa a la notificación de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.*

El propósito de la vigilancia es proporcionar información que sirva para el control de las enfermedades o eventos de interés. **La notificación de enfermedades es parte fundamental de la cadena de acciones de vigilancia.** La vigilancia de eventos de interés en salud pública en las UI y centros de privación de libertad adolescente debe articularse con el sistema de vigilancia nacional, ya que se basa en las mismas normas y se establece en concertación con los actores que intervienen en él.

La obligatoriedad de la notificación se rige por el Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria.³⁹ Todo equipo de salud debe acceder en forma sencilla al listado de notificación obligatoria a ser realizado en 24 hs. o semanal, discriminado según categoría A y B.⁴⁰ El subsistema de salud actuante—ASSE, SDNSP, INISA—debe establecer mecanismos para asegurar que se cumpla con la notificación al MSP, así como centralmente a un referente de cada sector, de forma de evaluar periódicamente la situación epidemiológica imperante.

Cada subsistema responsable de salud debe contar con un referente epidemiológico que organice y asegure la adecuada notificación al MSP y a la autoridad institucional, y realice el seguimiento periódico pertinente.

Para realizar la notificación se requieren los datos patronímicos de la persona, datos del notificador y aquellos específicos del evento a notificar.

Los equipos de salud de las UI son responsables de:

- *Conocer, mantenerse actualizado y detectar los eventos de notificación obligatoria. (listado actualizado en cada Servicio)*
- *Realizar la notificación obligatoria de acuerdo a la norma de vigilancia. (Ver abajo vías disponibles)*
- *Iniciar de inmediato las acciones de control del paciente y el asesoramiento para prevenir la ocurrencia de más casos.*
- *Solicitar apoyo para las acciones de control. Responder los requerimientos de información relacionadas con vigilancia.*

39. El Decreto 41/012 (año 2012) establece la obligatoriedad de realizar la notificación inmediata o en la semana, según está definido para cada evento.

40. **Periodicidad de la notificación obligatoria:**

- *Los eventos o enfermedades pertenecientes al Grupo A : se notifican en forma inmediata **dentro de las 24 horas de la sospecha del caso**, por la vía de comunicación más rápida disponible.*
- *La notificación de las enfermedades o eventos sanitarios de notificación obligatoria incluidos en el Grupo B: se notifican en forma **semanal**.*

Las vías disponibles de notificación al MSP son:

- Teléfono: 24091200 (las 24 horas, los 365 días del año)
- Fax: 24085838
- e-mail: vigilanciaepi@msp.gub.uy
- Sistema on-line a través de la página web del MSP: www.msp.gub.uy
- Correo postal: 18 de julio 1892, 4to piso, Of. 402

Recursos	Materiales: acceso a teléfono en servicio de salud para notificación, o via web; Formularios de registro de notificación obligatoria; Formatos de registro anualizado en cada subsector de salud.
	Humanos: referente epidemiológico en cada subsistema de salud; equipos de salud orientados para realizar la notificación obligatoria

Indicador	Responsable	Situación actual	Meta 2020
Subsistema responsable de salud con referente epidemiológico	ASSE/ SDNSP INISA	Inexistente	Los subsistemas de salud (ASSE, SDNSP, INISA) cuentan con un referente epidemiológico actuante

Acción 2.1.2

Actividad 2.1 *Cumplir tareas de vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de salud que permita detectar riesgos y conocer la situación de las patologías prevalentes.*

Acción 2.1.2 – *Evaluar periódicamente la situación de salud de la población de PPL en cada UI y centro de privación de libertad adolescente.*

Cada equipo de salud, así como la Dirección de Salud respectiva (ASSE, SDNSP, INISA) deben acceder en forma periódica a conocer la carga de problemas de salud de la población a su cargo. Esta información es muy valiosa, tanto para evaluar la condición de salud general del establecimiento, como para programar acciones preventivas.

La evaluación al ingreso (Acción 1.2.1) facilita un primer cribado de condiciones de salud-enfermedad, según se ha establecido previamente, y su registro en un sistema de información electrónico proveerá la información acumulada según establecimiento o subsistema en un periodo determinado. Por otro lado, la realización de controles periódicos de salud (Acción 1.2.2) y de preferencia, la aplicación de pesquisas sistemáticas periódicas (Acción 1.2.3) podrá actualizar la información ya provista por la evaluación al ingreso.

La acción planteada para evaluar en forma periódica – cada 3 o 6 meses – la incidencia de las patologías a relevar (nuevos casos), así como su prevalencia (casos totales), implica contar con un sistema de registro informatizado que, en base a los datos citados previamente, brinde la información acumulada en determinado período para la totalidad de la población PPL.

Cada subsector definirá e instruirá a sus equipos de salud acerca de las patologías o eventos que deban ser evaluados en forma periódica.

Se señalan en forma preliminar las principales áreas a ser evaluadas y consideradas en el reporte correspondiente:

- a. Enfermedades de vigilancia obligatoria: TBC, ETS, IAE
- b. Otras: diabetes, HTA, asma
- c. Eventos: heridas de arma blanca, cirugías, suicidio

Recursos	Materiales: sistema de información para registro de enfermedades y eventos, con funcionalidad gerencial para informes de incidencia y prevalencia.
	Humanos: equipo de salud orientado para el ingreso adecuado de datos. Referente del equipo que obtiene en forma periódica el informe gerencial para su consideración por el equipo y las autoridades. Responsable epidemiológico del sub sistema respectivo que gestiona en forma periódica dicho reporte de las unidades bajo su control.

Indicador*	Responsable	Situación actual	Meta 2020
Proporción de centros con informe de evaluación anual de la situación de salud de las PPL	ASSE/ SDNSP INISA	Inexistente	Al menos 20 % de los Centros cuentan con informe de evaluación anual de la situación de salud de sus PPL

*Fuente: Informe periódico gerencial del sistema de registro con relación a incidencia y prevalencia de patologías, según el registro de las mismas por parte del equipo de salud

Acción 2.2.1

Actividad 2.2 Desarrollar actividades de vigilancia del entorno para la mejora de las condiciones de vida y ambientales en las Unidades de Internación, comprometiendo a operadores, equipo de salud y PPL

Acción 2.2.1 – Evaluar periódicamente la condición del entorno a través de la observación del ambiente por parte del equipo de salud, en forma directa o con el apoyo de operadores, y coordinar con la autoridad del establecimiento ante situaciones vinculantes.

Ya fue señalado que esta área de intervención busca cumplir la normativa de las Reglas Mandela: que el equipo de salud sea garante del cumplimiento de condiciones más dignas del entorno y de la internación, ejerciendo tareas de vigilancia u “observación ambiental”.

La actividad planteada exige la voluntad política de ambos sectores, sector salud y sector penitenciario, para asumir esta función acordada a nivel nacional.

La responsabilidad de seguimiento de las condiciones ambientales, así como de las principales condiciones de reclusión, es competencia de la gestión de la autoridad penitenciaria. La Regla Mandela establece que desde el sector salud debe oficiar como garante de dichas condiciones, o de su permanente mejora, en diálogo con la autoridad penitenciaria.

Cada equipo definirá la forma más adecuada de realizar el seguimiento, sea a partir de acciones propias o delegadas en un operador/educador debidamente orientado, completando la **Planilla de Observación Ambiental** del *Anexo III*, en coordinación con la autoridad del establecimiento que brindará la información solicitada (potabilidad del agua, desinfestación de plagas y vectores, disposición de residuos, adecuación de la alimentación, principales condiciones de privación de libertad)

En tanto los operadores recibirán orientación acerca de la importancia de ser partícipes de las acciones de vigilancia ambiental y del rol garante a cumplir por el equipo de salud,⁴¹ podrán brindar información al mismo acerca de la posible aparición de situaciones preocupantes en cuanto al ambiente, que puedan ser objeto de abogacía ante la autoridad de la UI.

Esta intervención se completa con un diálogo instalado entre el referente de salud y la autoridad del establecimiento con relación a las preocupaciones surgidas del relevamiento efectuado, diálogo que permita instalar mejoras y minimizar los riesgos detectados.

En caso de que no se logre dicha coordinación, el referente de salud dará cuenta a su autoridad respectiva, dejando asentada dicha situación en la planilla de Observación Ambiental.

41. El Programa de orientación a operadores referido es un producto del Programa de Justicia e Inclusión – Sector de Intervención 3 – Salud en centros de privación de libertad”

Recursos	Materiales: Planilla de Observación Ambiental
	Humanos: Referente del equipo de salud que completa la Planilla en forma periódica, en acuerdo con la Dirección del establecimiento. Apoyo de operadores para recabar información

Indicador	Responsable	Situación actual	Meta 2020
Proporción de equipos de salud que completan la Planilla de Observación ambiental	INR – INISA ASSE – SDNSP INISA	Equipo de salud no realiza observación ambiental de forma sistemática	100 % de los equipos de salud completan la planilla de Observación Ambiental anualmente
Proporción de centros con acciones coordinadas en respuesta a situaciones vinculantes *		No hay dialogo instalado en la temática	En 70% de los establecimientos se realiza coordinación entre equipo de salud y autoridad del centro, frente a situaciones vinculantes*

*Se entiende por "situación vinculante" aquella evaluada como deficiente en la Planilla de evaluación ambiental

9. IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO del PLAN INTEGRAL DE PROMOCION Y PREVENCION EN CENTROS DE INTERNACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

El Plan Integral de Promoción y Prevención en Centros de Internación de PPL pretende aportar una **hoja de ruta** al cambio de modelo de atención en los establecimientos de reclusión. **En tanto se trata de un diseño de Plan y no de un Plan Operativo, exigirá la definición de pasos hacia su implantación, según recursos y condiciones institucionales.**

Ya fue señalado el particular momento que viven los institutos de rehabilitación de adultos y adolescentes, tanto en su organización institucional como en su modelo conceptual de atención a las PPL. El Programa “Justicia e Inclusión” en sus diferentes componentes aporta insumos de fortalecimiento de dicho proceso, y en particular, a nivel del sector de intervención Salud, la definición de una **“Estrategia para la intervención integral en el sistema de salud penitenciario en Uruguay y en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente”**, oportunamente presentada a las autoridades institucionales involucradas, señala la importancia de avanzar en el fortalecimiento de la atención integral, donde la prevención y la promoción de salud deben jugar un rol importante en la vida en centros de privación de libertad. En dicho documento, consensuado con las autoridades, destaca la necesidad de avanzar en acciones que transformen las cárceles en ámbitos saludables, y donde la cultura de cuidado y prevención abarque tanto a técnicos de salud, equipos de gestión, operadores y PPL.

La generación de cárceles más saludables está planteada como contribuyente al proceso de rehabilitación de las PPL, en tanto el cuidado propio y el mutuo cuidado son parte de los procesos de rehabilitación. Por esto, este Plan es **vinculante para el sistema en su conjunto**, equipos de salud y personal penitenciario, PPL y sus familias, y la decisión de implantación debe ser tomada centralmente en acuerdo por los actores centrales involucrados—INR, ASSE, SDNSP—en caso de adultos, y a nivel de INISA en centros de adolescentes.

La integración de ASSE – SAI PPL en las UI en centros de privación de libertad de adultos no fue sencilla, y la comprensión del derecho integral a la salud facilitando espacios y actividades fue un proceso lento que sigue su curso, con avances y tensiones. Resta aún ampliar esta cobertura a centros del interior, hoy apoyados por la SDNSP, con menor cantidad de recursos. Por tanto, el proceso iniciado tiene el desafío de su lentitud y consecuente inequidad en las prestaciones entre el área metropolitana bajo ASSE (65 % de PPL adultos) y la mayor parte del interior bajo la SDNSP. Y esto vincula casi en forma exclusiva con el ámbito de la prestación asistencial - demandas de atención por enfermedad - Como se señala en el capítulo inicial de este documento, son muy incipientes las acciones de promoción y prevención que se llevan adelante, y no está instalada la cultura del cuidado promoviendo que la privación de libertad signifique una oportunidad para acercar conceptos de salud y cuidados

Por esto entendemos que el formato de PLAN aquí presentado, más allá de señalar líneas de acción que constituyen un MARCO PROGRAMÁTICO de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CENTROS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD, **contribuye a fijar una ruta en base a metas posibles** según los objetivos y acciones, teniendo en cuenta los recursos aún precarios y las situaciones de transición que tiene el sistema en su conjunto, en el período de esta administración 2016 – 2020, aportando herramientas de evaluación que permitan fijar nuevas líneas de base a posteriori.

Como se señaló en la Estrategia, la adecuada atención de salud a las PPL exige la instalación de una GOBERNANZA COMPARTIDA entre la autoridad penitenciaria y referente de salud a nivel central y en cada UI y Centro de Privación de libertad, con el compromiso político de avanzar en la aplicación de las Reglas Mandela.

Desde esa Gobernanza Central se ejercerá la Dirección del Plan de Promoción y Prevención 2016 – 2020, y desde las gobernanzas locales se llevará adelante en cada UI.

Será éste el primer paso hacia la implantación del Plan de Promoción y Prevención: la instalación de un ámbito de gobernanza central entre INR, ASSE y SDNSP a nivel de PPL adultos. Y a nivel de INISA, la coordinación del sector de Programas y sector de Salud, donde se definan acuerdos con los objetivos posibles, y luego los pasos hacia la concreción de los mismos.

En la tabla siguiente se señalan las principales tareas a definir en un mapa de ruta para poner en marcha las distintas acciones integrantes del Plan, recordando los responsables de su ejecución. Se ordenan las mismas según supuestos de factibilidad temporal, señalando en negrita los aspectos novedosos a incorporar

Cuadro 4 - Acciones del OBJETIVO I del Plan de Promoción y Prevención 2016–2020 con responsables de ejecución, y descripción de pasos y supuestos para la acción

ACCIONES EN ORDEN DE FACTIBILIDAD	RESPONSABLES	PASOS / SUPUESTOS PARA LA ACCIÓN
Implementar la evaluación de salud al ingreso de PPL adultos y adolescentes, con identificación de factores de riesgo y detección precoz de patologías, y apertura de la Historia Clínica.	INR + INISA Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se distribuyen los Protocolos de Atención al ingreso de PPL adultos en cada UI – INR, y de Ingreso de adolescentes en CIEDD INISA. ✓ Los equipos de salud están orientados en el cumplimiento de los mismos, así como en su registro. ✓ Se cuenta con los insumos necesarios para llevar adelante dicha evaluación. ✓ Avance del Sistema de registro electrónico que permite realizar registros al ingreso y evaluar su llenado y resultados.

<p>Pesquisa por parte del equipo de salud sobre condiciones de internación en forma sistemática, (llenado del Formulario de condiciones de privación de libertad), y consejo acerca de estilos de vida, con mirada integral hacia el entorno.</p>	<p>Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se acuerda desde el sector Salud (ASSE – SDNSP – INISA) la importancia de completar el Formulario de Condiciones de privación de libertad. ✓ Se confeccionan copias para todos los equipos de salud con instrucciones para su llenado ✓ Los Equipos de salud son orientados para completar el formulario y realizar entrevistas motivacionales ✓ Se avanza en la incorporación de un Sistema de registro electrónico que permita la evaluación.
<p>Funcionamiento de los Talleres de promoción de salud en cada UI y centro de privación de libertad, con participación conjunta de referentes del equipo de salud, de operadores promotores, convocando a PPL en distintos módulos o sectores</p>	<p>INR + INISA Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicitación del acuerdo político interinstitucional para favorecer la instalación de Talleres de promoción de salud en centros de adultos y adolescentes. ✓ Los equipos de salud y operadores reciben orientación para realizar esta acción ✓ Se inician experiencias de tipo piloto en centros de baja seguridad ✓ Se distribuyen formatos de Registro de Actividades de Promoción
<p>Entrega del set de aseo al ingreso y en forma periódica, en particular a aquellas PPL que no cuenten con apoyos externos, por parte de la autoridad penitenciaria.</p>	<p>INR + INISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se define la compra del set por parte de la autoridad INR e INISA ✓ Se organiza su distribución periódica ✓ Se definen competencias de distribución local
<p>Llevar adelante pesquisas de patologías prevalentes según criterios técnicos de los protocolos respectivos, o incorporar prácticas de despistaje en forma frecuente.</p>	<p>INR - SIRPA Equipos de salud de ASSE, DNSP, INISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se acuerda a nivel de gobernanza conjunta la voluntad de cumplir con pesquisas periódicas. ✓ Se definen modalidades de aplicación según tipo de UI ✓ Avance del sistema de registro electrónico para dar cuenta de las acciones cumplidas
<p>Ingresar a toda PPL en plan de consulta periódica, para despistar diagnósticos precoces, y asegurar el seguimiento de PPL con patologías crónicas, según protocolos</p>	<p>Equipos de salud de ASSE, DNSP INISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se cuenta con un sistema de agenda, sea manual o electrónico, para promover la consulta periódica de quienes no demandan atención. ✓ Avance del sistema de registro electrónico para manejo gerencial de esta información.

**Cuadro 5 - Acciones del OBJETIVO II del Plan de Promoción y Prevención 2016 – 2020
con responsables de ejecución, y descripción de pasos y supuestos para la acción**

ACCIONES SEGÙN FACTIBILIDAD	RESPONSABLES	PASOS / SUPUESTOS PARA LA ACCIÓN
Asegurar el cumplimiento de la normativa relativa a la notificación de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria	Equipos de salud ASSE, SDNSP, INISA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existe voluntad del sector salud en fortalecer la vigilancia epidemiológica ✓ <i>Se define un recurso humano como responsable epidemiológico en cada subsector para la tarea.</i>
Evaluar periódicamente la condición del entorno a través de la observación del ambiente, por parte del equipo de salud, en forma directa o con el apoyo de operadores / educadores, y coordinación con la autoridad del establecimiento ante situaciones vinculantes	INR INISA Equipos de salud ASSE, SDNSP, INISA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Explicitación desde la gobernanza conjunta la voluntad de asumir la Norma que establece el rol garante del equipo de salud en la vigilancia ambiental y de condiciones de reclusión</i> ✓ <i>Orientación a los equipos de salud y avances en el establecimiento de gobernanza compartida a nivel local</i> ✓ <i>Reproducción y distribución de la Planilla de Vigilancia ambiental</i> ✓ <i>Se define la modalidad de trabajo según las UI</i>
Evaluar periódicamente la situación de salud de la población de PPL en cada UI.	Equipos de salud ASSE, SDNSP, INISA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Avances de un sistema de registro electrónico que permita registrar incidencias y generar reporte gerencial de evaluación de condición de salud.</i>

Se aporta una posible **HOJA DE RUTA ANUAL** en base a las acciones antes referidas.

Año 1:

- Instalación de un ámbito de gobernanza compartida en niveles centrales y locales, con lectura del plan y definición de pasos de avance en el mismo.
- Distribución en particular de los protocolos de ingreso a equipos de salud, apoyo de su adecuada implementación y registro en historia clínica. De contarse con el sistema de información electrónico en ASSE, registro en el mismo y señalamiento en “carga de enfermedad” de las situaciones relevantes, según acuerdo técnico.
- Distribución del Formulario de condiciones de privación de libertad y apoyo hacia su adecuado llenado, evaluando su inclusión en el registro electrónico de ASSE, y su diálogo con el SGC.

- Análisis de las funcionalidades requeridas en el sistema de información de ASSE: evaluación del adecuado llenado del examen al ingreso; existencia de un sistema de alarma para dar cuenta de PPL sin control de salud, informe gerencial sobre incidencia y prevalencia de patologías y eventos. Definición de pasos de avance hacia su instalación, así como de la funcionalidad en red.
- Explicitación desde la gobernanza central del interés de facilitar el cumplimiento del rol garante del equipo de salud en la vigilancia ambiental; reproducción y distribución de la Planilla de Vigilancia Ambiental, y definición de modalidades de trabajo según la UI.
- Selección de la figura de referente epidemiológico en cada subsistema, que comienza a establecer pasos hacia el cumplimiento de la vigilancia de salud y notificación obligatoria.
- A nivel de INR e INISA, se establece un calendario de compras para hacer factible en forma escalonada la incorporación del Set de Ingreso
- Como requisito de apoyo a este Plan, extender los Cursos de Orientación a equipos de salud y de Formación a Operadores /Educadores

Año 2:

- Continúa la gobernanza compartida a nivel central, y se avanza en su instalación en ámbitos locales.
- Se realiza la primera compra de sets de ingreso por INR e INISA y se distribuye fijando criterios de prioridad.
- Se avanza en la instalación de funcionalidades del sistema de registro en ASSE SAI PPL, arriba descritas, así como el dialogo con el SGC.
- Se avanza en la posible extensión del sistema de registro electrónico en SDNSP. También a nivel de INISA.
- Se instalan los primeros Talleres de promoción de salud en los ámbitos donde equipos de salud y operadores hayan recibido orientación. Se brinda apoyo central. Se distribuye el formato de Registro de actividades de promoción de salud.
- Los equipos de salud reciben orientación acerca de la notificación obligatoria y la realizan en forma sistemática. El referente epidemiológico apoya y recibe información, coordinando con el MSP.
- Algunos equipos de salud avanzan en el cumplimiento de su rol garante, completando la planilla de vigilancia ambiental.

Año 3:

- Se implantan las funcionalidades en el sistema de registro de ASSE. Se instala el sistema de registro en servicios de SDNSP y se orienta a funcionarios. Avances en instalación de sistema de registro electrónico en red en INISA.
- Continúa la compra de sets de ingreso por parte de INR e INISA, para cubrir a mayor población PPL.
- Nuevos centros comienzan la actividad de Talleres de promoción de salud, con registro de actividades cumplidas.
- Todos los centros llevan adelante la vigilancia ambiental y completan la planilla.
- El sistema de registro en ASSE permite evaluar PPL sin control de salud y se cumplen acciones para realizar dichos controles, con el adecuado registro.
- En los centros de menor porte del INR se realizan las campañas de pesquisa planteadas.

Año 4:

- Se cumple en SDNSP la instalación del sistema de información electrónico, que permite evaluar el cumplimiento del 100 % de examen al ingreso. También en INISA.
- Todos los centros realizan Talleres de promoción de salud y completan la planilla
- En centros de bajo y mediano porte se asegura el adecuado control anual de toda o casi toda la población PPL.
- En algunos centros de mediano porte del INR se realizan acciones de pesquisa

Al cabo del periodo del Plan, en 2020, será fijada la nueva línea de base en función de los resultados de la ejecución cumplida, y en base a la misma podrán definirse metas para un siguiente período.

10. MARCO LOGICO DEL PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE SALUD EN LOS CENTROS DE INTERNACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TAREAS	ORGANISMO RESPONSABLES	INDICADORES	META 2020
Promover la salud en ámbitos penitenciarios en todo el país, en un marco de desarrollo de entornos saludables, con enfoque participativo	<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1:</p> <p>Promover la salud y prevenir las enfermedades prevalentes de las PPL adolescentes y adultas de ambos sexos pertenecientes a las unidades de internación de todo el país, por parte de los equipos de salud, de los operadores penitenciarios y de las PPL promotores de salud.</p>	<p>1.1. Realizar acciones de promoción y protección de salud dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes de las PPL que conduzcan a una mejor calidad de vida, por parte del equipo de salud y operadores promotores de salud</p>	<p>1.1.1 Entrega del set de aseo al ingreso y en forma periódica, en particular a aquellas PPL que no cuenten con apoyos externos, por parte de la autoridad penitenciaria.</p> <p>1.1.2 Pesquisa por parte del equipo de salud sobre condiciones de privación de libertad en forma sistemática (llenado del "Formulario de condiciones de privación de libertad"), y consejos acerca de estilos de vida, con mirada integral hacia el entorno.</p> <p>1.1.3. Funcionamiento de los Talleres de promoción de salud en cada UI y centro de privación de libertad, con participación conjunta de referentes del equipo de salud y de operadores promotores de salud, convocando la participación de PPL según sectores o módulos del Centro.</p>	INR + INISA	Compra del set de aseo en INR e INISA	Entrega del set al ingreso a todo PPL adulto y adolescente
				Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA	Proporción de llenado del Formulario de Condiciones de privación de libertad en la HC electrónica.	Al menos se verifica el 40% de llenado del Formulario de condiciones de privación de libertad en la HC informatizada en cada Centro.
				Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA + operadores y educadores	Proporción de centros que realizan actividades de Taller de promoción de salud al finalizar el año	Al menos en el 60 % de centros de INR y de INISA se realizan actividades de Taller promoción con llenado anual del Registro de actividades de promoción de salud

<p>1.2. Realizar actividades de prevención por parte del equipo de salud, que permitan detectar precozmente los problemas de salud de las PPL y la instalación temprana de medidas preventivas y terapéuticas necesarias</p>	<p>1.2.1 Implementar la evaluación de salud al ingreso de PPL adultos y adolescentes, con identificación de factores de riesgo y detección precoz de patologías, y apertura de la Historia Clínica.</p> <p>1.2.2. Ingresar a toda PPL y adolescente privado de libertad en plan de consulta periódica, para despistar diagnósticos precoces, y asegurar el seguimiento de aquellos con patologías crónicas, según protocolos.</p> <p>1.2.3 Llevar adelante pesquisas de patologías prevalentes según criterios técnicos de los protocolos respectivos, o incorporar prácticas de despistaje en forma frecuente.</p>	<p>Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA Respaldo de INR + INISA</p> <p>Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA</p> <p>Equipos de salud de ASSE, DNSP, INISA Respaldo de INR - SIRPA</p>	<p>Aplicación del Protocolo de ingreso_ x 100 N° de ingresos / año</p> <p>Proporción de PPL que tuvieron control de salud en el año</p> <p>N° de PPL de cada centro con <u>revisión anual de salud</u> X 100 N° PPL de cada centro</p> <p>Proporción de UI PPL que realizaron campañas integradas de pesquisa al 2020</p>	<p>100 % de evaluación al ingreso en PPL adultas y adolescentes. <i>La evaluación requiere del funcionamiento de un sistema de registro informatizado</i></p> <p>50 % de PPL tienen control anual de salud en cada establecimiento <i>Evaluación de la meta dependiente de la existencia de un sistema de registro electrónico</i></p> <p>Al menos 20% de las UI de PPL adultas llevaron adelante al menos una campaña integradas de pesquisa al año 2020</p>
--	---	--	---	---

<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Desarrollar acciones de vigilancia en salud hacia la población y el entorno</p>	<p>2.1 Cumplir tareas de vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de salud que permitan detectar riesgos y conocer la situación de las patologías prevalentes.</p>	<p>2.1.1. Asegurar el cumplimiento de la normativa relativa a la notificación de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria</p> <p>2.1.2 Evaluar periódicamente la situación de salud de la población de PPL y adolescentes privados de libertad en cada Centro.</p>	<p>Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA</p>	<p>Subsistema responsable de salud con referente epidemiológico</p>	<p>Los subsistemas de salud (ASSE, SDNSP, INISA) cuentan con un referente epidemiológico actuante</p>
	<p>2.2 Desarrollar actividades de vigilancia del entorno para la mejora de las condiciones de vida y ambientales en los centros de privación de libertad, con compromiso del equipo de salud y operadores.</p>	<p>2.2.1 Evaluar periódicamente la condición del entorno a través de la observación del ambiente, por parte del equipo de salud, en forma directa o con el apoyo de operadores /educadores, y coordinación con la autoridad del establecimiento ante situaciones vinculantes</p>	<p>INR - INISA Equipos de salud de ASSE, SDNSP INISA</p>	<p>Proporción de equipos de salud que completan la Planilla de Observación ambiental Proporción de centros con acciones coordinadas en respuesta a situaciones vinculantes</p>	<p>Al menos 20 % de los Centros cuentan con informe de evaluación anual de la situación de salud de sus PPL <i>Fuente: Informe periódico gerencial del sistema de registro con relación a incidencia y prevalencia de patologías</i> 100 % de los equipos de salud completan la planilla de Observación Ambiental anualmente En 70% de los establecimientos se realiza coordinación entre equipo de salud y autoridad del centro, frente a situaciones vinculantes</p>

11. BIBLIOGRAFIA

Bedia Collantes M, et al. “Formación de Mediadores en Salud (VIH/SIDA) en un Centro Penitenciario.” Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Vol 4, No 1 (2002). Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/221/490>

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1986. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. “Observación general sobre el derecho a la salud.” 2006.

Coyle Andrew. “La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos .Manual para el personal penitenciario”. Londres, 2009. Disponible en: http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_2nd_ed_la_es.pdf

Departamento de Sociología. “Primer Censo Nacional de Reclusos”. Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR. Diciembre, 2010.

Don Nutbean. “Glosario de Promoción de salud en español.” OPS, 1998. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Garcé, Alvaro. “Informe encargado al comisionado parlamentario por la comisión de seguimiento de la situación carcelaria, en sesión de fecha 17 de mayo de 2012”. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/InformeEspecialAgosto2012.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

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. 2006. Vol 8, No 3. Disponible en <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/121/282>

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

Marshall T, Simpson S, Stevens A. “Use of health services by prison inmates: comparisons with the community”. J Epidemiol Community Health. 2001 May;55(5):364-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731884/>

Ministério da Saúde. “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.” Brasilia, 2005. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf

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

Ministerio del Interior de España. “Guía de Mediación en Salud en el Medio Penitenciario”. Disponible en http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Mediacion_en_Salud_en_Prision.pdf

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>

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

Organización de Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD). “Colaboración con el proceso de reforma carcelaria en el Uruguay, incluyendo una respuesta al abuso de drogas y al VIH/sida en las cárceles.” Uruguay. 2007 http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/Uruguay-Sistema_penitenciario_1.pdf

Organización de Naciones Unidas. “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

Organización Mundial de la Salud. “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>

Segura, Lidia. “Efectividad de las Técnicas de Intervención Breve para la Reducción de Consumos Alcohólicos en Atención Primaria” Barcelona, 2006. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/butlleti_alcohol/lidiasegura.pdf

ANEXO I

FORMULARIO DE CONDICIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

NOMBRE FECHA

--	--	--

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

Fecha de INGRESO

--	--	--

Primario: SI NO

PROCESADO

PENADO

REGIMEN DE SEGURIDAD: bajo medio alto

Medico de seguimiento:

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

ANEXO II

REGISTRO ANUAL DE ACTIVIDADES DE PROMOCION

UNIDAD DE INTERNACION

AÑO

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

Equipo docente del Taller de promoción de salud:

ANEXO III

PLANILLA DE VIGILANCIA AMBIENTAL				
Equipo de salud en cumplimiento de REGLAS MINIMAS				
Unidad de internación.....			Año	
Referente por equipo de salud			Apoyo de operador	
Consultas realizadas con				
	Evaluación			Observaciones
	Deficiente	Bueno	Excelente	
LIMPIEZA				
Celdas				
Áreas comunes				
Áreas de riesgo (cocina, baños)				
CONDICIONES en CELDAS				
Espacio				
Ventilación				
Iluminación				
Calefacción				
ALIMENTACIÓN				
Calidad /cantidad /Dietas				
Controles sanitarios				
Carne del manipulador				
DISPOSICIÓN de RESIDUOS				
CONDICION DE SANEAMIENTO				
AGUA POTABLE	Fecha ultima limpieza de tanques:			Próxima fecha
CONTROL de PLAGAS y VECTORES	Fecha ultimo control:			Próxima fecha
PROBLEMAS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS				

Revisión por Firma

Fecha / /

