

MONOGRAFIA FINAL - GRUPO 47

“ Situación de salud de personas privadas de libertad hombres que ingresaron al Sistema Penitenciario Uruguayo entre enero y junio 2016.”

Tutora responsable: Prof. Adj. Dra. Griselda Bittar

Autores: Gimena Calero
Sthefany Gallo
Tábata Hernandez
Juan Ramon Fratti
Juan Larrañaga

Octubre 2016

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES.....	5
OBJETIVOS.....	11
Objetivos generales	11
Objetivos específicos.....	11
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS	14
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
AGRADECIMIENTOS	21
BIBLIOGRAFIA	22
ANEXOS	27
Anexo 1	28
Anexo 2.....	29
Anexo 3.....	30
Anexo 4.....	31

“Situación de salud de personas privadas de libertad hombres que ingresaron al Sistema Penitenciario Uruguayo entre enero y junio 2016.”

RESUMEN

En Uruguay no existen estudios que caractericen el estado de salud de las personas privadas de libertad (PPL) al ingreso al sistema carcelario. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre una población de 1959 personas del sexo masculino que ingresaron al Centro de Diagnóstico y Derivación de Personas Procesadas (CDDPP) en el período comprendido entre el 1° de enero y 30 de junio del año 2016.

Objetivos: Caracterizar a dicha población según las variables: edad, enfermedades transmisibles y medidas profilácticas, consumo problemático de sustancias, situación de calle, reincidencia, enfermedades crónicas, y esquema vacunatorio. **Métodos:** Analizar datos recolectados por el equipo de Salud del CDDPP al ingreso de las PPL a dicha institución.

Resultados: La población estudiada es principalmente joven, más del 90% menores de 45 años. En situación de calle el 11,8%, y el 34% reingresaron al sistema penitenciario.

El 9.6% es portador de patologías crónicas, 63.3% son tabaquistas. Las prevalencias de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Sífilis y tuberculosis (BK) son de 1.32%, 1.53% y 0.66% respectivamente.

El 65 % de las PPL presentan un consumo problemático de sustancias (pasta base de cocaína, marihuana, cocaína, alcohol y otros).

Conclusiones: Se evidencian carencias en la salud de las PPL a su ingreso al Sistema Penitenciario. El Sistema de Salud tiene la oportunidad de actuar, mejorar y respetar el derecho a la salud de esta población vulnerable. La mejor salud de esta población también beneficiará a la población en general.

Palabras claves: *Personas privadas de libertad, Sistema de Salud, estudio descriptivo, salud pública, población vulnerable.*

INTRODUCCIÓN

Se consideran personas privadas de libertad (PPL) a aquellos individuos que no pueden disponer de su libertad ambulatoria debido a la comisión de delitos o infracciones a la ley, ya sean éstos procesados o condenados.¹

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".² Los derechos de las PPL provienen de los derechos humanos (DD.HH), generales y universales, los que se aplican a todas las personas. El único derecho que las PPL tienen restringido es el derecho a la libertad ambulatoria, manteniendo todos los demás derechos, entre los que se encuentra el derecho a la salud.³

Se debe considerar su valor como ser humano, así como el resto de sus derechos fundamentales, que deben ser respetados en equidad con el resto de la población, para así reafirmar la fe en los Derechos Humanos, en la dignidad, sin distinción de ningún tipo, y en la igualdad de condiciones tanto para hombres como para mujeres, y así poder crear estrategias por las cuales puedan mantenerse la justicia y el respeto de las obligaciones, emanadas de los tratados y de otras fuentes del derecho internacional para así promover el progreso social.

La población sobre la que versa el presente trabajo es por definición una población vulnerable, entendiéndose por condición de vulnerabilidad aquella que poseen los individuos o grupos que tienen limitada su autonomía dado que no pueden proteger sus intereses e integridad personal.⁴

Éstos tienen truncadas su capacidad de dar satisfacción a sus necesidades; si a esto se le agrega que están privados de libertad, su vulnerabilidad se amplifica.⁵

Otro aspecto que hace a la vulnerabilidad de las personas es la exclusión social, la cual está estrechamente relacionada con los procesos vinculados a la ciudadanía social, es decir, con aquellos derechos y libertades básicas que tienen que ver con el bienestar de las personas (trabajo, salud, educación, formación, vivienda y calidad de vida)⁶. En Uruguay dentro del área de exclusión social se encuentran aquellos en situación de calle, entendida como las personas que están "pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque la misma sea precaria, y a aquellas personas que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna en alojamientos dirigidas por entidades públicas, privadas o particulares que brindan albergue transitorio".⁷

Según el MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) existe un total de 1651 personas que viven en situación de calle, de los cuales 556 duermen a la intemperie y 1095 en distintos centros.⁸ Estos datos se desprenden del Censo y Conteo de personas en situación de calle, llevado a cabo la noche del 21 de junio de 2016 por el MIDES.

Las Naciones Unidas vienen preocupándose desde hace tiempo para que se humanice la justicia penal y se protejan los DD.HH, resaltando la importancia fundamental de los mismos en la administración

diaria de la justicia por lo que elaboró y publicó las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos”, las mismas son un conjunto de reglas y normas que fueron surgiendo a lo largo de los años en relación a la prevención del delito y la justicia penal y fueron adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955; posteriormente se han venido celebrando congresos de las Naciones Unidas sobre prevención del delito y justicia penal cada 5 años y en su última revisión pasaron a ser las “Reglas de Mandela”.⁹

Las condiciones de reclusión, sobrepoblación y hacinamiento, problemas de convivencia, alimentación, ocio, estrés, etc., son elementos intrínsecos de la vida en prisión y constituyen una amenaza constante para la calidad de vida y para la salud de las personas detenidas.¹⁰ Un alto porcentaje de la población privada de la libertad provienen de áreas marginales, cuyas condiciones están enmarcadas en una cultura caracterizada por la pobreza, el desempleo, la violencia, las adicciones, y la asistencia sanitaria.²

Es por ello importante evaluar el estado de salud al ingreso de las PPL al Sistema Penitenciario para contar con una línea de base que permita conocer las necesidades de salud y planificar adecuadamente la atención sanitaria, prevenir enfermedades, daños a la salud o recibir tratamiento si lo necesitan, tal como lo establece el principio 24 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión que determina que “se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario”.¹¹ Ese requisito también figura en la reglas 24 y 30 de Mandela (ver anexo) que acuerdan que “Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior” y que “un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario” para reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento.¹²

Este estudio pretendió obtener una aproximación real sobre el estado de Salud de un amplio porcentaje de las personas que ingresaron al sistema penitenciario del país (personas privadas de libertad a las que se les realiza el examen médico al momento de ingreso en el Centro de Diagnóstico y Derivación de Personas Procesadas (CDDPP), ex Cárcel Central). Permitió tomar a la cárcel como una “ventana” que proporciona la posibilidad de utilización de esta información para un mayor conocimiento de la población carcelaria permitiendo la detección precoz de enfermedades y conductas de riesgo, para así realizar derivaciones adecuadas y tratamientos oportunos, y brindar atención continua que mejore la calidad de vida de estas personas dentro del establecimiento carcelario ¹³, tomando en cuenta que las enfermedades de las personas se pueden “potenciar” debido a los factores

de riesgos a los que allí se ven expuestos como condiciones sanitarias deficitarias, hacinamiento, falta de actividad física, entre otros. Se generó un precedente para futuros estudios, teniendo elementos comparativos con datos que se puedan obtener dentro de las cárceles, dando una idea de las condiciones de las mismas para que permitan y faciliten crear, diseñar y aplicar nuevas políticas sanitarias, tanto de prevención como promoción, y/o mejorar las existentes. A nivel de Salud Pública, la importancia que adquiere el estudiar y conocer los problemas de salud en las prisiones, es que todo problema sanitario que tenga su origen o se desarrolle en las PPL va a repercutir de forma ineludible en toda la población y viceversa. Es por eso que la salud en la cárcel es un problema de Salud Pública que involucra a toda la población de un país. Integrar este conocimiento en la formación médica es comprender que el objetivo de ser profesionales de la salud es tratar de lograr la mejor atención para todos, sin exclusión.

La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado, tal como lo expresa la Constitución y leyes en nuestro país, así como las reglas nombradas anteriormente.⁹

El estado a través del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) tiene la obligación de brindar a sus usuarios el mismo nivel de calidad asistencial que a la población que no se encuentra privada de libertad. Distintos organismos internacionales así lo han manifestado en diversas oportunidades a lo largo del tiempo, demostrando que el reconocimiento universal de la accesibilidad e igualdad de derechos en cuanto a los servicios sanitarios en prisión son una herramienta fundamental que contribuye a la eliminación de las inequidades en salud.¹⁴

La población carcelaria, lejos de comportarse como un sistema cerrado y aislado de la sociedad, es una población que está en constante cambio e intercambio con la población general, dado por las visitas, salidas transitorias, trabajadores penitenciarios que entran y salen, etc. Las mejoras aplicadas a la salud de las PPL las beneficiarán a ellas así como también a la población en general; es por esto que la salud de las cárceles es un tema de Salud Pública, los esfuerzos que se hagan por mejorar una, beneficiarán a la otra.

Sistema penitenciario es el término con el que se designa al conjunto de instituciones o al sistema establecido para el cumplimiento de las penas previstas en las sentencias judiciales; especialmente las penas de reclusión de las personas adultas mayores de 18 años, posibilitando el desarrollo de la vida de los internos, sus relaciones con el exterior así como actividades de tratamiento orientadas a su reinserción social.¹

La realización de un trabajo con PPL requiere prestar atención a una serie de problemas metodológicos que van más allá de las regulaciones éticas y legales para proteger los derechos de esta población. Se debe conocer la patología y comprender las reglas de la prisión y rutinas¹⁵, ya que la heterogeneidad de culturas presentes en las cárceles hace que esta población posea características especiales, además de que los grupos desfavorecidos se encuentran por lo general en los extremos del sistema; estos aspectos determinan que el aprovechamiento de los recursos por parte de éstos se encuentre restringido

ANTECEDENTES

Estudios regionales y mundiales han demostrado que la población que ingresa al sistema penitenciario en su gran mayoría proviene de un colectivo marginado el cual se destaca por características propias y una subcultura particular ². Datos internacionales, mundial y regionalmente publicados, brindan información sobre prevalencias de enfermedades dentro del establecimiento carcelario, destacándose las enfermedades infecto-contagiosas y su relación con diversos factores de riesgo, entre ellas Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis B, hepatitis C, sífilis y tuberculosis (BK)

^{16, 17, 18, 19, 20, 21, 22}. A pesar de esto, no abundan los estudios que caractericen esta población al momento del ingreso a las prisiones; los pocos estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica evidencian que la salud de las personas luego de ingresar a las prisiones, se ve deteriorada. ²³.

A nivel Mundial se ha intentado caracterizar a esta población a través de distintos trabajos con la intención de conocer su situación sanitaria y así lograr mejorar integralmente la salud de los mismos. Se observó que el encarcelamiento aumenta el riesgo de enfermedad tuberculosa, y que se asocia no sólo con el origen de los grupos vulnerables, sino también con el entorno de la prisión. ²⁴

En España se demostró que las drogas son uno de los principales factores implicados en los delitos y la reclusión, ella es la que genera la alta prevalencia de enfermedades infecciosas que se encuentra en esta población, ya que la drogadicción está fuertemente vinculada a enfermedades como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH, tuberculosis pulmonar y hepatitis, con tasas que superan enormemente las de la población general, por lo que se ha logrado establecer una fuerte correlación entre pobreza, exclusión social y desigualdad en materia de salud. ² Con base en estos estudios se han elaborado criterios de detección, seguimiento y tratamiento de las personas infectadas por VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual y/o parenteral en las prisiones; los que han permitido implementar cambios que han contribuido a disminuir las altas tasas de VIH y Hepatitis con las que contaban en los años 80 ¹⁶. El éxito que éste sistema ha logrado en la salud penitenciaria hace pensar en la posibilidad de aplicar estas estrategias y políticas en otros países ¹⁴.

En Indonesia la infección por VIH y el Virus de Hepatitis C predominan entre los nuevos prisioneros; la evaluación del impacto de la educación a los prisioneros respecto a estas afecciones así como la realización de pruebas voluntarias (para VIH y Hepatitis C) muestra que estas intervenciones en prisión pueden aumentar y mejorar el acceso al tratamiento antirretroviral en un país en vías de desarrollo ²⁵.

En prisiones rusas se encontró que las mismas estaban superpobladas, carentes de higiene básica y de control infeccioso, a su vez se vio que la demanda de médicos supera la oferta; y que la prevención y tratamiento de VIH y TB no son los adecuados ¹⁰.

Siguiendo con infecciones transmisibles, en una prisión de Etiopía, existe una fuerte asociación entre factores de riesgo vinculados a TB pulmonar y su alta prevalencia, relacionándose la misma con su posible transmisión activa dentro de prisión ²⁶.

Otras experiencias indican que dentro de la alta tasa de tuberculosis, la resistencia a los fármacos antituberculosos se asocia a co-infección TB/VIH, lo que en las condiciones de hacinamiento y deficiente calidad de vida de estos lugares se puede convertir en un grave problema de salud pública.²⁷

En la ciudad de Nueva York, se mostró que las personas privadas de libertad presentan con gran frecuencia problemas de consumo de sustancias y problemas de salud mental crónica.²⁸

En cuanto al nivel de instrucción, en México, las PPL demostraron niveles educativos más bajos, también una mayor prevalencia de tabaquismo y de consumo de sustancias en comparación con los datos nacionales generales.²⁹

No menos importante, en este contexto aparecen las enfermedades crónicas, las cuales se ven potenciadas por las condiciones del ámbito carcelario, el incorrecto seguimiento y asesoramiento sobre las mismas. Entre las más importantes se destacan diabetes e hipertensión. Evidencias provenientes de cárceles en México mostraron que a mayor tiempo de encarcelamiento, disminuyen los indicadores de cuidados de Salud, tales como, las visitas médicas, medición de la presión arterial y realización de exámenes de laboratorio.³⁰ “Los pacientes de prisión tienen más probabilidades de ser fumadores, tener bajos niveles de HDL y poseer menos adherencia a una dieta saludable para el corazón.”³¹

En contraposición con esto, se sabe que la calidad de vida de los reclusos está asociada positivamente con el nivel de actividad física que posean; por este motivo generar programas de actividad física en las cárceles es otra buena herramienta que puede aplicarse en la mejora de la salud de los mismos.¹⁷

Según estudios de México, el rendimiento de atención y evaluación de las patologías disminuye comparado con los mismos prisioneros un año antes de su encarcelamiento; por lo que se afirma que "La continuidad de la atención a las enfermedades crónicas, junto con el principio de equivalencia de la atención, debe servir de base para el diseño de políticas sanitarias de enfermedades crónicas para los presos, con el objetivo de lograr una transición coherente de la atención de la comunidad a la cárcel y viceversa".¹⁶

Es creciente el número de investigaciones que se realizan con el fin de conocer la relación entre la desigualdad social y la desigualdad en el acceso a la salud e indican “que peores condiciones de vida están relacionadas con peores indicadores de salud”. Las mayores brechas en condiciones de salud, así como la mayor inequidad social la presentan América Latina y el Caribe. El sistema penitenciario en la mayoría de los países de América Latina constituye un lugar donde las condiciones de salud empeoran. Esto es debido a que las condiciones de higiene son deficitarias, existe hacinamiento, hay malas condiciones de salud, comercialización de sexo, mayor consumo de drogas, agudización de las enfermedades crónicas, sedentarismo dado por el elevado número de horas de ocio, violencia, quiebre de la estructura familiar, falta de redes de apoyo, entre otros factores.³²

En Latinoamérica existen pocos trabajos acerca de estos temas vinculados con las PPL. Sin embargo, algunos estudios brindan datos que demuestran un mayor porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas dentro de éste ámbito, tanto en el momento previo al ingreso, fuertemente vinculadas al

acto delictivo, como a al consumo generado dentro de los establecimientos que se encuentran potenciados por las condiciones de encierro, ocio, delincuencia, violencia entre otros. Existen cifras que muestran gran consumo de diversas drogas, incluidas las llamadas “legales” como el tabaco, lo cual resulta una gran problemática por las repercusiones en la calidad de vida de todos los reclusos, al encontrarse no solo gran prevalencia en su consumo, sino también una influencia negativa en cuanto la contaminación ambiental del establecimiento siendo expuesta esta población a la exposición continua de humo de tabaco en un área muy reducida.^{33, 34, 35}

Resulta fundamental conocer la definición que la OMS establece sobre las drogas, las cuales define como “sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones”. La misma se aplica tanto a sustancias “legales” como “ilegales”. Entre las primeras a su vez se debe distinguir entre las que son permitidas pero su circulación se encuentra regulada, éstas aparecen en el mercado con fines terapéuticos, y las permitidas y socialmente aceptadas como el alcohol y el tabaco. Cabe destacar que esta prohibición, no guarda relación con su nivel de peligrosidad o perjuicio.

Se ha establecido un concepto de consumo problemático de drogas, en el cual hace referencia a que este pasa a ser “problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: 1. su salud física o mental; 2. sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); 3 .sus relaciones sociales secundarias(trabajo, estudio); 4. sus relaciones con la ley”³⁶.

Es importante conocer el perfil de consumo problemático de la población carcelaria tanto dentro del sistema penitenciario como su situación al ingreso, reconociendo el porcentaje de consumo actual y de aquellos que se encuentran en abstinencia, ya que ambos presentan este antecedente como un factor de riesgo común para determinadas enfermedades.³⁶

Mientras tanto a nivel regional, en Argentina se vio una elevada prevalencia de trastornos por abuso de consumo en las PPL, además un alto porcentaje de los reclusos son diagnosticados de VIH en prisión. Así mismo, un elevado número de los diagnosticados previamente, comienzan el tratamiento antirretroviral en el centro penitenciario. Esto demuestra la importancia de conocer el estado de salud de las personas privadas de libertad en cuanto a VIH para así poder crear políticas sanitarias que permitan hacer de la estadía carcelaria de estos pacientes una oportunidad para la prevención y promoción de salud; así como para la potencial captación y acercamiento de ellos al sistema de salud para futuro seguimiento y control.³⁷

En Brasil el perfil de las personas encarceladas está determinado por las condiciones deficientes de vida previas al encarcelamiento, las cuales luego se acentúan por las condiciones degradantes de prisión. Los síntomas y enfermedades más auto reportados son: cefaleas, infecciones respiratorias, diarrea, estrés y depresión. Los problemas de salud y necesidades de la población carcelaria son distintos a los de la población general; “las personas presentan un franco deterioro en el proceso de salud-enfermedad por el simple hecho de entrar en el sistema penitenciario.”²³

Se mostró, que algunos de los factores de riesgos más comunes de la población general tienen una prevalencia francamente superior en las poblaciones carcelarias, como lo han demostrado diversos estudios respecto a tuberculosis ^{2, 38, 10, 24, 27, 26}, tabaquismo ^{2, 28, 29}, alcoholismo ², e Infecciones de transmisión sexual (ITS) ^{2, 23, 10, 14, 25, 39, 27, 40, 37, .}

En nuestro país, en el año 2005 se realizó un estudio en donde se analiza la prevalencia de la infección por VIH y las distintas prácticas de riesgo mediante test serológico y entrevista personal a partir de un cuestionario estructurado. Se halló una prevalencia de 6.5% para la infección por VIH en prisión. Las variables que demostraron ser factores de riesgo para la infección por VIH en la prisión fueron: poseer antecedentes de haber estado en prisión, haber tenido una pareja sexual VIH (+) en el pasado, tener actualmente una pareja VIH (+), haberse inyectado drogas intravenosas(I/V), haberse inyectado drogas I/V en la prisión y la práctica de compartir el material de inyección. ³⁸

Por otra parte, entre junio y septiembre de 2010 se realizó el 1er Censo Carcelario realizado por la Universidad de la República y el Ministerio del Interior, donde se encontró que la mayoría de la población carcelaria pertenece al sexo masculino, predominantemente menores de 35 años, solteros, con hijos; donde 1 de cada 3 adquiere educación secundaria y el 40 % tienen como nivel superior de educación enseñanza primaria; característica que evidencia uno de los aspectos de la vulnerabilidad social de esta población. En el momento de cometer el delito un tercio se encontraban bajo efectos de sustancias siendo las más utilizadas la pasta base de cocaína y alcohol. ⁴¹

Según han puntualizado organismos internacionales, Uruguay tiene mucho que mejorar en cuanto a su sistema penitenciario. La población privada de libertad, se ha ido incrementando desde mediados de la década de los 80, asociado a esto, los niveles de hacinamiento han ido en aumento, del mismo modo que las condiciones de vida de las personas privadas de libertad se han vuelto cada vez más deficitarias. Si bien Uruguay cuenta con una de las tasas de delito más bajas del continente, se destaca también por ser uno de los países que presenta una mayor tasa de prisionización (cantidad de PPL c/100.000 hab. en un determinado lugar, en un período de tiempo determinado). Un factor explicativo de esta superpoblación del sistema carcelario es por cuestiones que no son originarias del propio sistema, especialmente, en la utilización generalizada de la prisión preventiva, así como la lentitud del sistema de justicia. ²⁰ La carta de Ottawa define cinco estrategias principales para promocionar la salud: construir una política pública saludable, fomentar el apoyo recíproco de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales, así como también la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. ⁴²

“El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios

deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete”.²¹

Uruguay en el 2009 crea el Programa “Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad”, con misión y objetivos claros que se plantean llevar a cabo progresivamente en todos los centros de reclusión con un enfoque basado en la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. La salud es un tema fundamental y en este aspecto es necesario conocer la situación de salud de la población que ingresa al Sistema Penitenciario y colaborar con el Sistema de Atención Integral a la Salud para las PPL, el cual es clave para apoyar el respeto y cumplimiento de los DD.HH en los centros de internación de las PPL.

Al ingreso al CDDPP, la persona es examinada por un médico, quien certifica el estado general y las necesidades básicas de salud del mismo. “El personal médico deberá informarle sobre las características y procedimientos de dicho examen, el que será realizado con su consentimiento y respetando la dignidad de la persona humana de acuerdo a la normativa y con estricto apego al respeto a los derechos humanos.”⁴³

En este examen se identifican problemas de salud que puedan requerir atención inmediata; se le solicita a la persona que informe en caso de padecer alguna enfermedad crónica, si recibe algún tratamiento especial o medicación, para que pueda continuar con el mismo. También se identifica si la persona sufre alguna enfermedad mental y de ser necesario se implementan medidas de prevención del suicidio. Se consignan signos de malos tratos. Luego, previo consentimiento informado se le extrae sangre para exámenes de determinación de hepatitis B, sífilis y VIH. El examen de VIH se llevará a cabo solamente si la persona está de acuerdo con la realización del mismo, además el examen es secreto y no lleva nombre, sino que va cifrado con un código que solamente será conocido por el personal médico cuando le entregue el resultado. “También se le realizarán exámenes médicos antes de ser liberado/a y, en el caso de que esté bajo tratamiento, se deberá establecer un plan para su seguimiento sanitario en libertad”.⁴³

Con el fin de contribuir a la mejora integral del sistema carcelario en nuestro país se desarrolló el estudio epidemiológico “Salud y Enfermedad en condiciones de privación de libertad” en el marco del Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”, realizado mediante convenios entre la Unión Europea, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Corporación Nacional para el Desarrollo y la Representación de OPS/OMS en Uruguay. En dicho estudio “se propone como objetivo general realizar el diagnóstico epidemiológico de la población de los centros de internación para personas adultas y adolescentes en privación de libertad (PPL), a los efectos de contar con una línea de base para la formulación y diseño de un sistema integral de atención a la salud, con énfasis en atención primaria, para el sistema penitenciario uruguayo”.⁴⁴ Dicho estudio fue hecho a partir de una encuesta con formulario autoadministrado de forma anónima. A partir de este estudio se establecieron

protocolos consensuados por diversas autoridades, entre ellas Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República, y otros; con el objetivo de sistematizar las acciones de salud para aplicar a las PPL en su ingreso al sistema penitenciario.⁴⁵ Sobre el consumo problemático de sustancias este estudio observó que la marihuana y los psicofármacos fueron las más consumidas en el ámbito penitenciario, teniendo la primera una prevalencia de 35%. El 7.3% de las PPL afirmó consumir alcohol a diario durante el último mes, siendo superado ampliamente por el consumo de tabaco el cual se observó en el 73.7% de las PPL. Sumado a este panorama, el 87.1% de las PPL, se encuentra en condición de fumador pasivo, refiriendo estar expuestos al humo de tabaco en espacios cerrados los 7 días de la semana. En cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles se estudiaron diabetes, e hipertensión arterial (HTA), observándose prevalencias de 3.9% y 15.9% respectivamente. El antecedente de Tuberculosis referido por las PPL fue de 4%.

Abordando en la salud sexual y reproductiva, se indaga acerca de la utilización de preservativos en las relaciones sexuales durante las visitas íntimas, la realización previa de estudios para determinar infección por sífilis o VIH, y las prevalencias de las mismas en esta población. De esto se obtuvo que el 65% manifestó haber sido sometido a la realización de estudios en búsqueda de ITS, lo cual corresponde a una alta proporción, la cual puede ser explicado por la integración en 2013 de la indagación tanto de VIH como Sífilis, en los estudios de rutina de la Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de la Zona Metropolitana (UIDDZM). Los datos arrojan cifras de 1.3% de prevalencia de VIH de las PPL, encontrándose una tasa de incidencia de sífilis activa de 0.9%.⁴⁴

En cuanto a la población general de Uruguay, se conocen algunos datos de prevalencia e incidencias de ITS. Con respecto a la Sífilis, la tasa de incidencia de la misma en el 2009 fue de 98.6/100.000 habitantes, siendo 1865 mujeres y 1361 hombres.⁴⁶ En cuanto al VIH se obtuvieron datos de las notificaciones recibidas en el Departamento de Vigilancia en Salud por parte del Departamento de Laboratorio de Salud Pública, la Unidad de Estadísticas Vitales dependientes de la DIGESA (Dirección General de Salud) y los prestadores de salud. El VIH en nuestro país se presenta como un patrón de tipo "concentrado", lo que traduce que la prevalencia en población general, es menor al 1% (en la población de 15 a 49 años para el año 2015 fue de 0.5%) y en las poblaciones más expuestas mayor a 5%. En cuanto a la evolución, la tasa de notificación de VIH presentó un aumento sostenido durante el período 2000 - 2012, seguido de un descenso de 2013 a 2015.⁴⁷

En cuanto a la Tuberculosis, en el año 2014 se registró un total de 857 casos (25.2/100.000 habitantes). El mayor número de casos ocurre en el sexo masculino con una relación M/F = 2.18/1.⁴⁸

OBJETIVOS

Objetivo general:

Caracterizar a las PPL de sexo masculino que ingresan al sistema penitenciario en base a los registros obtenidos a partir del examen de ingreso realizado por el equipo de salud del Centro de Diagnóstico y Derivación de Personas Procesadas durante el período que abarca desde el 1° de enero hasta el 30 de junio del año 2016.

Objetivos específicos:

- Evaluar la prevalencia de enfermedades transmisibles al ingreso.
- Evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas.
- Evaluar vigencia del esquema de vacunación.
- Conocer situación de calle previo al ingreso del establecimiento carcelario
- Establecer la prevalencia de consumo problemático de sustancias.
- Conocer la proporción de reingresos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde se utilizaron datos registrados por el personal de salud del Centro de Diagnóstico y Derivación de Personas Procesadas (ex Cárcel Central) en el examen al ingreso de las personas privadas de libertad de sexo masculino al sistema penitenciario en el período que abarca desde el 1° de enero hasta el 30 de junio del año 2016, siendo el universo del estudio 1959 Personas Privadas de Libertad.

El registro de ingreso incluye:

- Fecha de ingreso.
- Fecha de nacimiento.
- Establecimiento de destino.
- Condición de reincidencia.
- Tratamiento con psicofármacos.
- Consumo problemático de sustancias (Marihuana, cocaína, pasta base de cocaína (PBC), alcohol (OH) y otros).
- Consumo de Tabaco.
- Test rápidos para detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sífilis (VDRL, Venereal Disease Research Laboratory). De éstas se registran el número total de realizadas de cada test y el número de positivos, los cuales en el caso de VDRL y VIH se confirma por extracción de sangre venosa.
- Registro de fecha de vacunación (antitetánica, Hepatitis B, antigripal).
- Realización de baciloscopia para detección de Tuberculosis con registro de resultados.
- Antecedente de enfermedades crónicas.
- Entrega de preservativos al ingreso.
- Situación de calle.

Todos los datos obtenidos a través de este sistema fueron registrados por el equipo de salud integrado por médicos, personal de enfermería y psicólogos, con previo consentimiento. Para la realización del test rápido de VIH la PPL firma un consentimiento específico.

Los datos se obtuvieron a través de fuentes secundarias, mediante la asignación de un número al azar el cual garantiza el anonimato de los participantes, sin posibilidad ninguna de identificar a

cada individuo, tanto en la obtención como en la posterior manipulación de los datos por el equipo.

Una vez obtenida la base, se procedió a estudiar cada variable con el registro correspondiente de la respuesta asignada.

Para el caso de la fecha de ingreso, el estudio contempla a todas aquellas personas que ingresan en el período de 01 de Enero al 30 junio de 2016 al CDDPP, tanto por primera vez (período 2012-2016) como en condición de reingreso. En este aspecto, habiendo consultado a la fuente de los datos corresponde aclarar lo siguiente: todos los ingresos registrados en la tabla de datos corresponden al año 2016; sin embargo no se cuenta con la fecha exacta de ingreso de todos, esto se debe a que aquellos casos que cuentan con otro ingreso previo en este centro comprendido en el período 2012-2015 están registrados con la primer fecha o con el término “reingreso”, (es decir que aquellos con fecha de ingreso registrada distinta de 2016 son reingresos). También es importante destacar que aquellas PPL que tienen fecha de ingreso en el 2016, no necesariamente constituyen un primer ingreso, ya que los registros en el centro datan de 2012 (antes no se registraba) e incluye solamente los registros que han pasado por CDDPP, a partir de dicha fecha, por lo tanto, ingresos previos a ese año y/o aquellas que hayan ingresado a través de otro establecimiento, no figuran en esta base.

Con respecto a la fecha de nacimiento, a partir de ella se calcularon las edades a la fecha del 30 de Junio y con dichos valores se calculó, el mínimo, máximo, promedio de edades y moda. Se trata de una variable cuantitativa discreta, cuyo conjunto de valores admite desde los 18 años en adelante.

El dato de establecimiento de destino, se refiere al establecimiento penitenciario al cual serán derivados luego del ingreso. Se consultó a la fuente originaria quienes informaron que dicha selección se realiza según el perfil de seguridad sugerido por psicología en la entrevista al inicio.

Se registró el uso de psicofármacos como tratamiento al momento de ingreso, admitiendo sí o no como respuesta, sin profundización en la patología y dosis de los mismos.

Para el consumo problemático de sustancias, se tomaron en cuenta, Marihuana, Cocaína, PBC, alcohol y otras. Se registraron los datos de consumos activos, osea todos aquellos que al ingreso declararon estar consumiendo actualmente, así como los que encontrándose en abstinencia al momento, afirmaron haber tenido historia de consumo problemático. En ambos casos se registraron qué tipo de sustancias fueron o son utilizadas.

VIH y Sífilis se evaluaron mediante el registro de realización o no de los correspondientes tests rápidos. Para VIH, en los casos en que sí se realizó el test, a los resultados positivos se les indicó la realización de un examen confirmatorio. De éstos, en diversos casos se observó la ausencia de resultado del confirmatorio por motivos que se desconocen. Por lo tanto se establecieron 4 categorías para la presentación de resultados, siendo éstas: VIH nuevo, VIH conocido, test rápido positivo y sin dato.

En cuanto a test de VDRL, se registró su realización o no, y a los casos de tests rápidos positivos se les realiza confirmatorio en sangre con su correspondiente registro. En este caso se establecen dos categorías: positivo y sin dato.

En las inmunizaciones, las vacunas registradas son la antitetánica, Hepatitis B, y antigripal. En la base se registraron aquellos casos que fueron vacunados al ingreso, así como aquellos que fueron vacunados en un ingreso anterior. Si no se contaba con dicho registro la persona era vacunada

nuevamente. En algunos casos, esto último no se pudo realizar debido a falta personal capacitado, falta de vacunas y materiales, o que la PPL se rehusara a recibirla.

Para la detección de Tuberculosis, se realiza la baciloscopia, con registro de su resultado. Hay PPL de los cuales no existe dato de si se le realizó o no la baciloscopia. En cuanto a los confirmatorios, existen positivos y otros que no tienen dato. Se toman como “sin dato” aquellos casos en que no se cuenta con el registro.

Se registran las enfermedades crónicas, entre las cuales encontramos HTA, diabetes, dislipemia, asma, epilepsia, gastritis entre otras.

Al momento de ingreso se les hace entrega a las PPL de preservativos. En la base se registra si la entrega fue efectuada o no.

Se tomó en cuenta si las PPL se encontraban o no en situación de calle al momento de ingreso, siendo registrada esta condición en la base de datos.

Se realiza el registro de consumo de tabaco, informado como “sí” o “no”.

Para el procesamiento de datos, cálculos estadísticos, formulación de gráficos se utilizó Microsoft Excel y Epiinfo V7 (software libre)

Es tomado en cuenta el Decreto N° 379/008 que garantiza que se contemplen los aspectos éticos en el proceso del trabajo. ⁴⁹ A su vez, el estudio se realizó bajo el estricto rigor científico y ético preservando en todo momento el respeto al paciente en estudio, sus derechos y dignidad, basándonos en principios bioéticos básicos

Consultadas las fuentes de datos, se indica que aquellos casos en que el recluso se negaba a la realización de cualquiera de los exámenes, el mismo no se realizaba y por consiguiente no se registraba.

Éste trabajo fue realizado previa aprobación por parte del Comité de Bioética de ASSE, el 28 de Julio de 2016. (ver anexo)

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 de enero y 30 de junio de 2016 se registran en la base de ingreso al CDDPP un total de 1959 personas. De dicha totalidad un 34,15% (669 ppl) son reingresos y un 11,8% (232 ppl) se encontraban en situación de calle al momento del ingreso.

Edades

En la población estudiada se observó que la edad promedio fue de 36.5 años, la moda de 23 años, la edad mínima y máxima registrada fueron 18 y 77 años respectivamente; el 28,79% de la población se sitúa en la franja etaria comprendida entre 18 y 23 años seguida con un 22,51% para los comprendidos entre 24 y 28 años. En la población de reingreso y personas en situación de calle la franja etaria mayoritaria es la comprendida entre los 24 y 28 años con un 29 % y un 31,03% respectivamente.

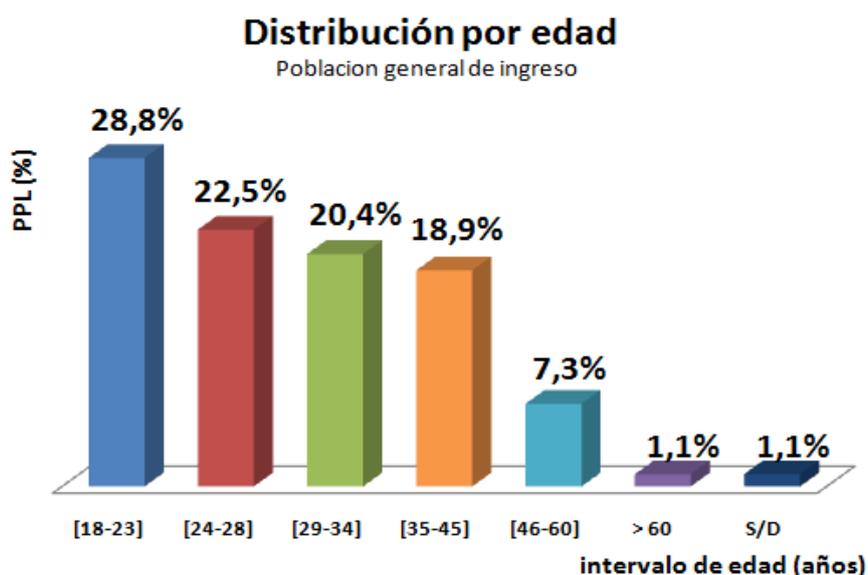


Grafico 1: Distribución de edad en intervalos de la población general estudiada.

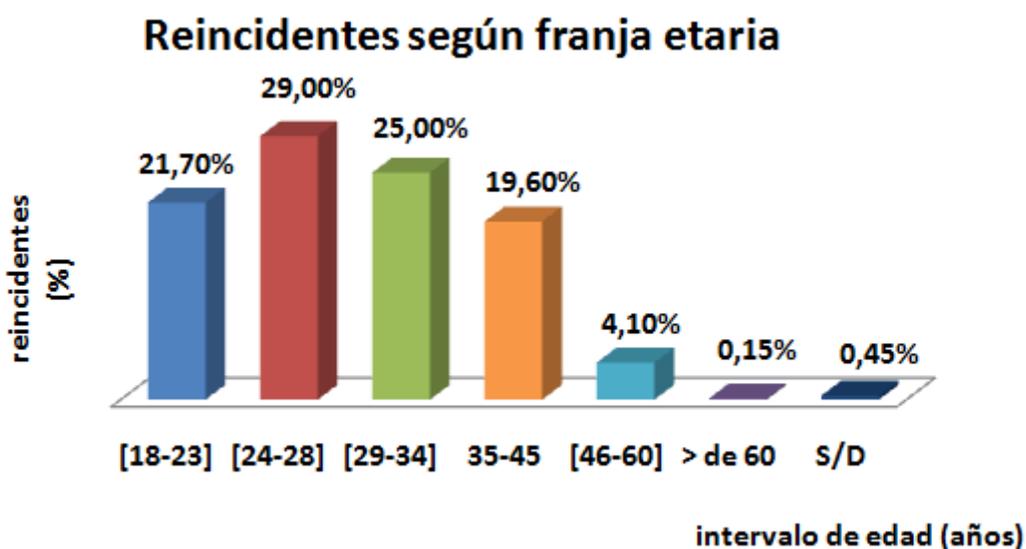


Grafico 2: Porcentaje de reincidentes según la franja etaria.

PPL en situación de calle según franja etaria

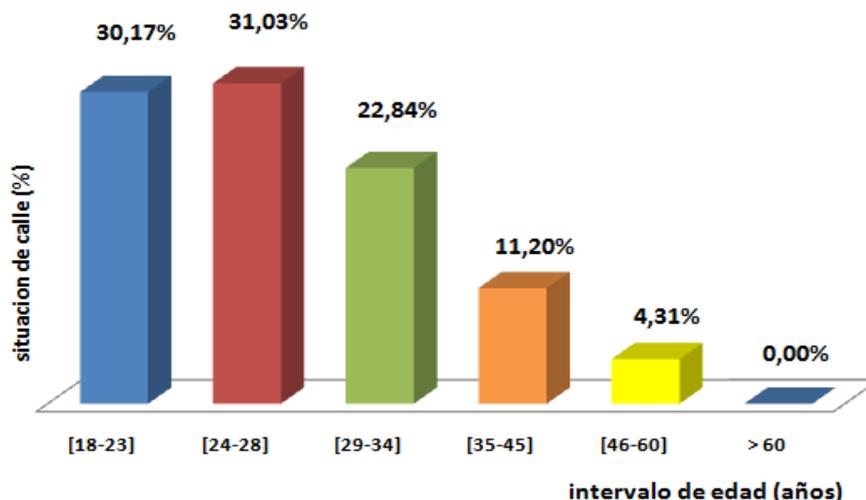


Grafico 3: Personas privadas de libertad en situación de calle según grupo etario.

Establecimiento de destino

Con respecto al destino penitenciario de los ingresos se observó que el 45,69% tenía como destino COMCAR (actual cárcel de Santiago Vázquez), 24,35% fueron derivados a la cárcel de Canelones, 12,35% permanecieron en Cárcel Central, un 2,81% al Penal de Libertad y un 7,81% a otros establecimientos menores. En un 7% de los casos se carece de este dato.

Patologías crónicas

Se observa que el 9,6% de los ingresos es portador de patologías crónicas. La prevalencia de enfermedades crónicas sobre la población general de ingreso es la siguiente: 3,2% son asmáticos, 1,6% refirió padecer gastritis, 1,9% hipertensión, 0,5% diabéticos y 0,5% epilépticos. El 10,8% se encontraban en tratamiento con psicofármacos, no contándose con datos sobre el fármaco específico, dosis ni patología.

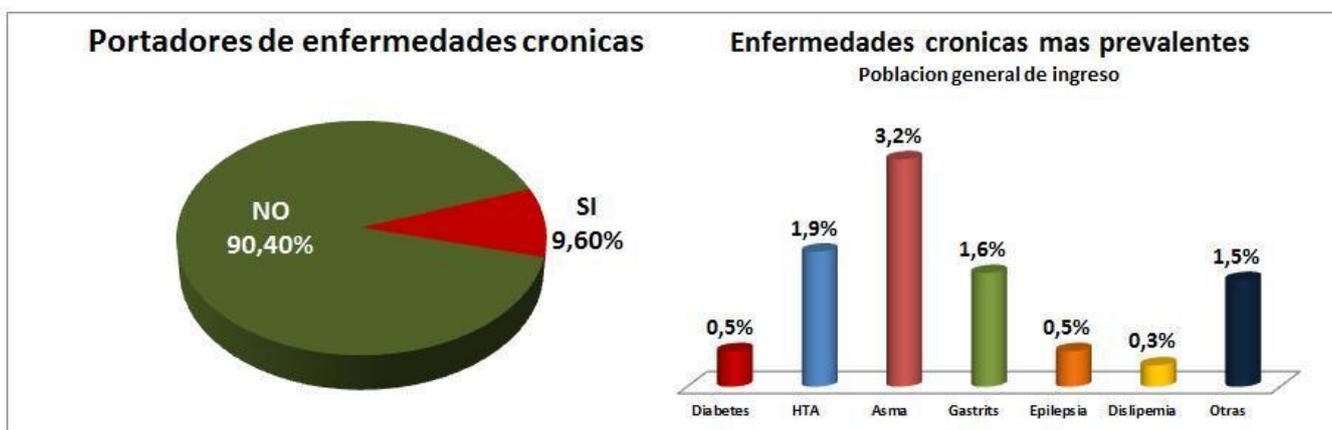


Grafico 4: Prevalencia de enfermedades crónicas detectadas en la población general de ingreso

Inmunizaciones

Con respecto a las inmunizaciones se encontraron los siguientes datos: el 85% tenían la vacuna antitetánica vigente, de los cuales el 30.6% estaban vacunados previamente mientras que el 54.40% fueron vacunados al ingreso; del 15% restante no se cuenta con el registro de información. Respecto a la vacuna contra hepatitis B el 9.6% recibió las 3 dosis, 30.2% no fueron vacunados y el 60.2% recibió 1 y 2 dosis sin completar el esquema dando un total de 1180 vacunados incompletos. En cuanto a la vacuna antigripal el 21% fueron inmunizados al ingreso.

Realización de tests

De la población estudiada a un alto porcentaje de entre 88 y 89 % se les realizaron tests rápidos de VIH, VDRL y baciloscopias. Se analizaron los registros de los resultados observando para VIH un 1.32% de positivos dentro de los cuales el 0.51% eran casos nuevos, un 0.56% conocidos, y un 0.25% test rápidos positivos en los que se había realizado extracción de sangre para confirmatorio pero no se contaba con el registro del resultado. En este tema surge el inconveniente de que las celdas vacías en los confirmatorios dan lugar a confusión ya que las posibilidades van desde un test rápido negativo que no requirió confirmatorio, un confirmatorio negativo, o un confirmatorio cuyo resultado no se registra.

Para VDRL se observaron como positivos un 1.53 % de los test realizados, haciendo las mismas consideraciones en cuanto al registro de los confirmatorios que para VIH. Por otra parte el 0.66% de las baciloscopias realizadas dieron positivas para BK, con iguales consideraciones que para VIH y Sífilis en cuanto al registro de los resultados. Con respecto a estas enfermedades en aquellas PPL que se encontraban en situación de calle se observaron los siguientes resultados: de las 232 personas en esta condición se registraron 3 casos (1,29%) de VIH, 4 (1.72%) de sífilis y 2 (0.86%) de tuberculosis. En cuanto a dicha proporción en reincidentes el 2.1% son VIH positivos, el 2.2% VDRL positivos y el 0.6% obtuvieron baciloscopias positivas; 0.14% era portador de VIH y SÍFILIS a la vez.

Entrega de preservativos

Según los datos analizados al 16,2% de los ingresos se les entregaron preservativos, el 18,8% no recibieron y no contamos con datos del restante 65%.

Consumo de sustancias

Se estudió también la prevalencia de tabaquismo y el consumo problemático de sustancias. De la población en estudio se encontró que el 63.3% eran tabaquistas.

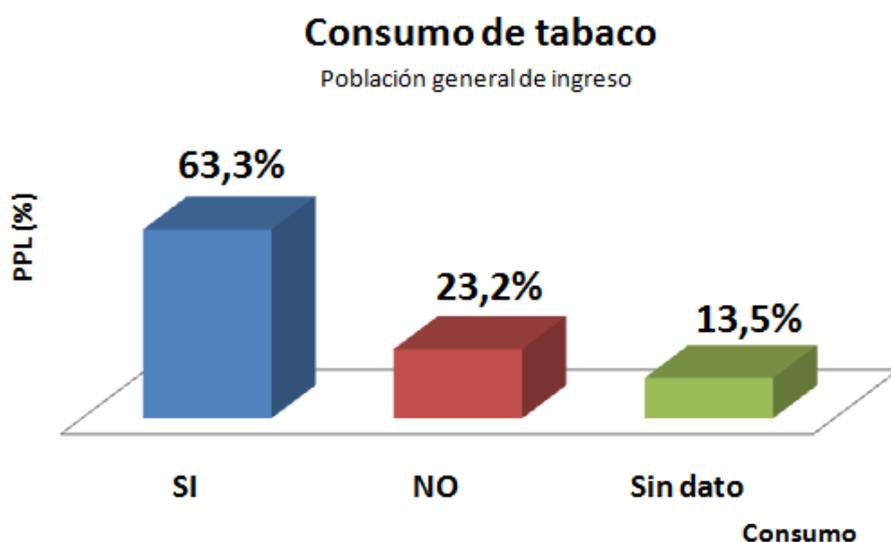


Grafico 5: Consumo de tabaco en la población general de ingreso.

En cuanto al consumo problemático de sustancias se observó que pertenecen a este grupo el 73.8% dentro de los que el 65% consumen actualmente, el 8.8 % se encuentran en abstinencia y el 17.5% negó consumir alguna sustancia.

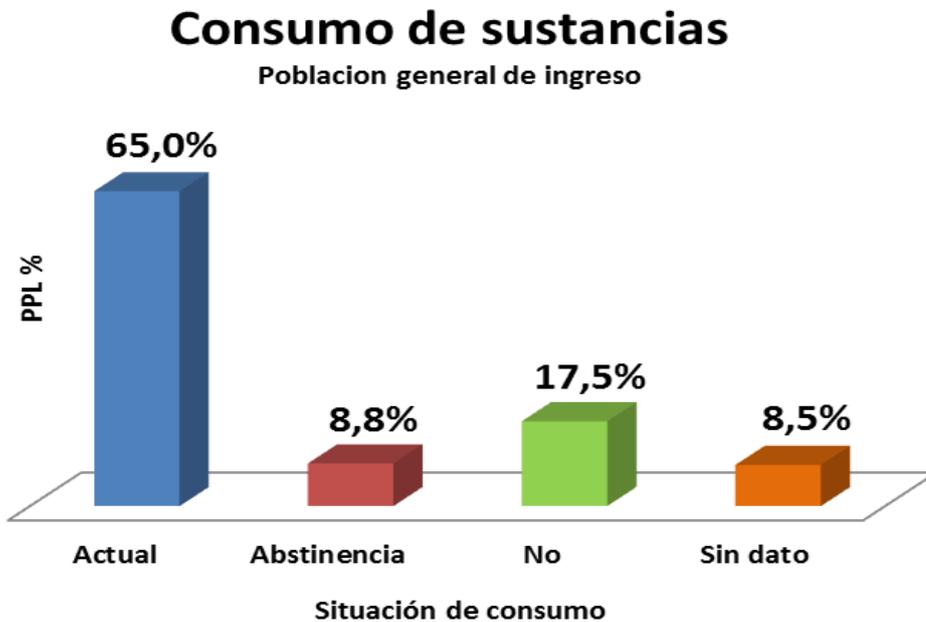


Grafico 6: Consumo de sustancias según situación de consumo de la población general de ingreso.

Con respecto a las sustancias de consumo para la población estudiada, entre los que consumen, la marihuana se ubicó en primer lugar con un 62,4%, seguida por la pasta base de cocaína con un 46.8%, en tercer lugar el alcohol llegando al 41,6% y la cocaína un 23,7%, se observó además que 51,9% de la población estudiada consumía más de una sustancia simultáneamente.

Se vio que la mayor frecuencia de consumo fue entre 18 a 34 años.

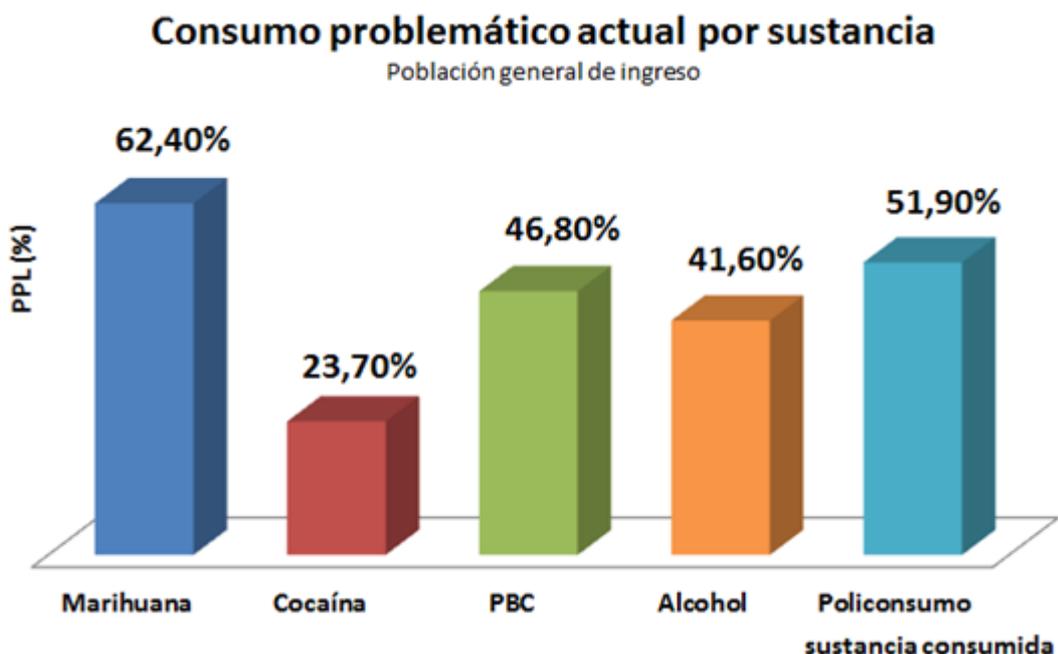


Grafico 7: Sustancias prevalentes en la población general de ingreso

Consumo actual de sustancias por edad

Población general de ingreso

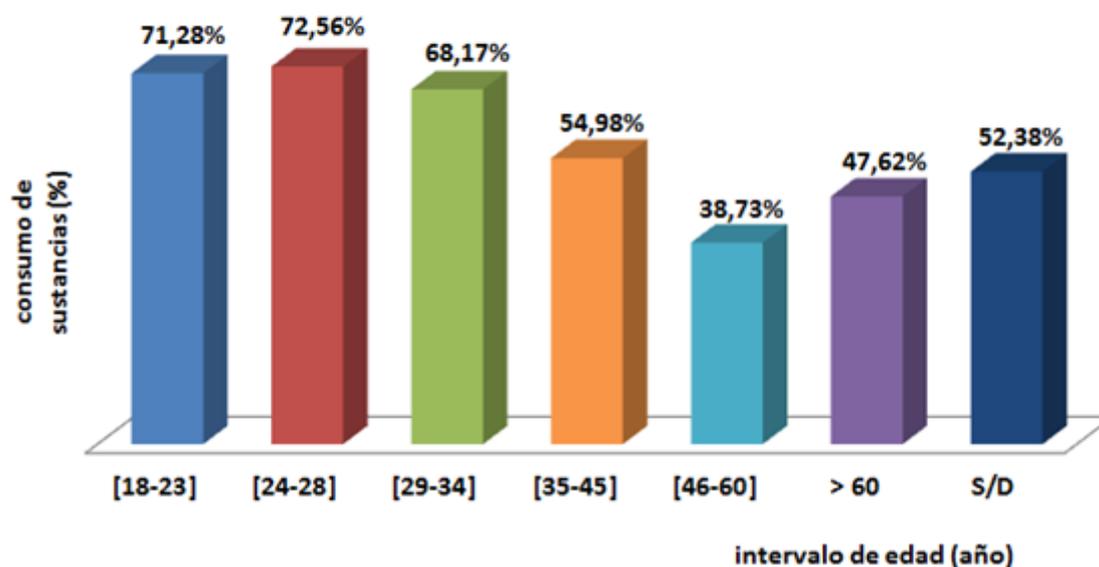


Grafico 8: Consumo actual en porcentaje según grupo etario.

Del grupo de personas en situación de calle se observó que el 80,17% consumía algún tipo de sustancia, siendo la pasta base la más consumida (72%), seguida por la marihuana (52.1%), alcohol 39.2%, y cocaína 18,8%. El 56.4 % de esta población presenta policonsumo de sustancias.

Los datos para los reincidentes mostraron que el 71.89% consume actualmente, siendo la sustancia más consumida la pasta base de cocaína (59.87%), la marihuana el 58.21 %, seguida por el alcohol con el 38.04%, y cierra la cocaína con el 18.91%. El policonsumo se presentó en un 51.55%.

Comparación	General		Situación de calle		Reingresos	
	Frec.abs	%	Frec.abs	%	Frec.abs	%
consumo problemático	1448	73,80%	212	91,37%	543	81,16%
consumo actual	1275	65,00%	186	80,17%	481	71,89%
marihuana	795	62,40%	97	52,15%	280	58,21%
cocaína	302	23,70%	35	18,81%	91	18,91%
pbk	597	46,80%	134	72,04%	288	59,87%
alcohol	531	41,60%	73	39,24%	183	38,04%
policonsumo	662	51,90%	105	56,45%	248	51,55%
consumo + vih	20	1,38%	3	1,41%	12	2,20%
consumo + vdrl	25	1,72%	4	1,88%	13	2,39%
consumo + bk	13	0,89%	2	0,94%	4	0,73%
consumo + vdrl y vih	3	0,20%	2	0,94%	1	0,18%
vih	26	1,32%	3	1,29%	14	2,09%
vdrl	30	1,53%	4	1,72%	15	2,24%
bk	13	0,66%	2	0,86%	4	0,59%
vih + vdrl	3	0,15%	2	0,86%	1	0,14%

Tabla1: Comparación entre población general de ingreso, situación de calle y reincidentes de sustancias de consumo prevalencias de Bk e ITS

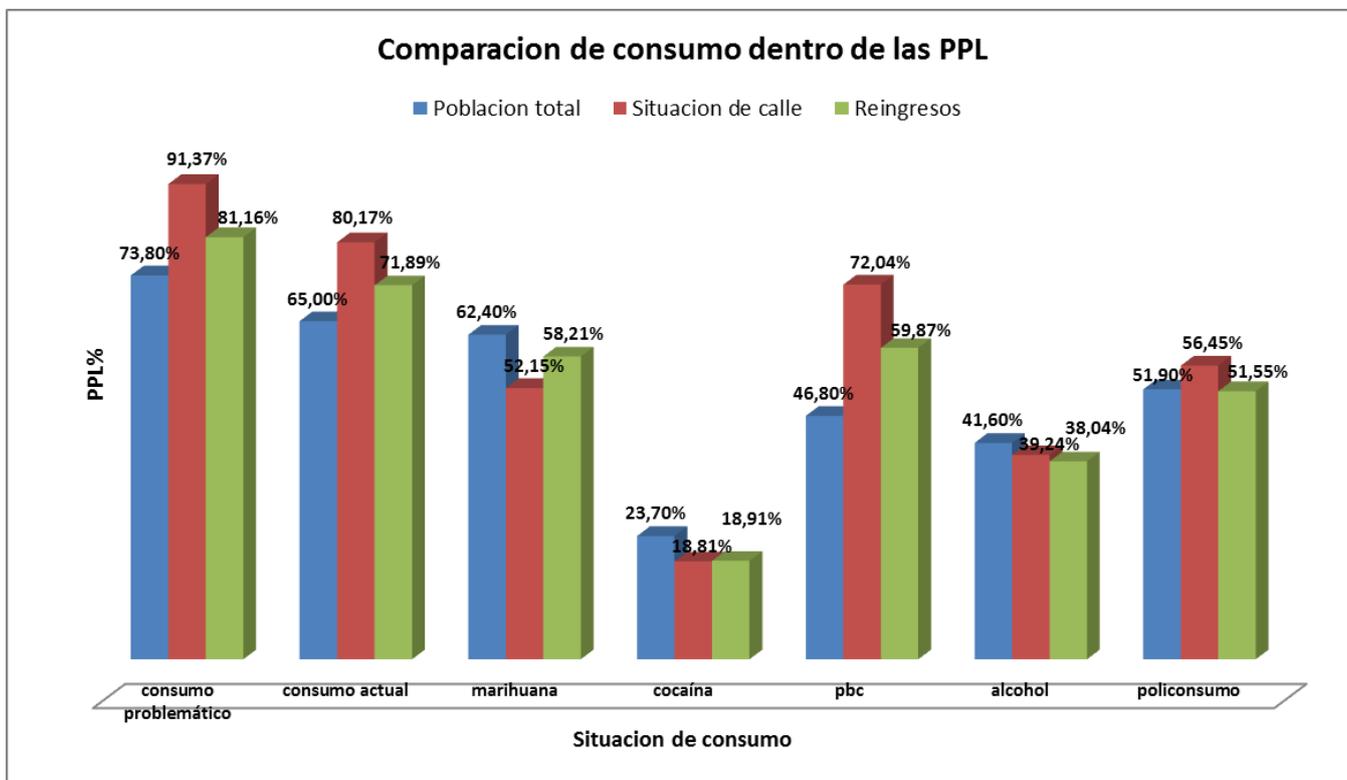


Grafico 8: Comparación entre población general de ingreso, situación de calle y reincidentes de sustancias de consumo prevalentes

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La importancia de la realización del presente estudio radica en la inexistencia de estudios precedentes que caractericen el estado de salud de la población estudiada, por lo que cualquier aporte por mínimo que sea, contribuye al conocimiento de datos hasta ahora desconocidos que pueden contribuir a la mejora de salud de estas personas.

La población estudiada es principalmente joven, más del 90% son menores de 45 años.

Un importante porcentaje de los ingresos registrados en el período de estudio corresponden a reincidentes, y además en ellos se observa una mayor incidencia de VIH y Sífilis en comparación con el general de los reclusos.

Es llamativa la alta incidencia de las PPL que se encontraban en situación de calle previo al ingreso (232), constituyendo estos un porcentaje importante del total de los reclusos estudiados; además representan también una alta proporción del total de personas en situación de calle en el país ⁶, dato que deja en evidencia que las personas que se encuentran en este estado de vulnerabilidad presentan una tasa de prisionización realmente mayor a la del resto de la población.

Solamente un 9.4% cuentan con vacuna antitetánica vigente e inmunización completa contra VHB (virus de hepatitis B).. Cuando solo se considera la vacuna antitetánica la situación mejora, el 85% tienen esta vacuna vigente. El bajo porcentaje de vacunados completos contra hepatitis B pone de manifiesto la necesidad de mejorar este aspecto, aunque se desconoce el dato de vacunación cuando ingresan al establecimiento de destino definitivo. Esto último podría mejorar el número de vacunados aunque también cabe en este caso recomendar un mejor registro y comunicación del antecedente vacunatorio para no realizar administraciones innecesarias.

Con respecto a las ITS estudiadas, se observó que la prevalencia de VIH se comporta de forma similar cuando se compara la situación de ingreso con la situación dentro del sistema penitenciario, ⁴⁴ 1.3%

en ambos casos. En cambio son levemente superiores a la prevalencia de VIH para la población general del país (menos de 1%).⁴⁷

La prevalencia de sífilis sin embargo, se vio que era superior en el ingreso cuando se compara el mismo con la situación dentro de la cárcel (1.5% vs 0.9%).⁴⁴ En cambio la prevalencia de ambas infecciones de transmisión sexual es francamente superior en la población estudiada con respecto a la población nacional.^{46, 47, 50}

En reincidentes se observa un aumento de los casos de Sífilis y VIH en comparación a la población total de ingreso.

En cuanto a tuberculosis, el 0.66% de las baciloscopias realizadas dieron positivas para BK Este dato contrasta con el 4% referido como antecedente en la población carcelaria que se registró en el estudio epidemiológico reciente⁴⁴; también se establecen diferencias con la prevalencia de Tuberculosis en la población general, donde la misma es significativamente menor.⁴⁸

La prevalencia de tabaquismo es notoriamente superior en las PPL, hecho que surge de la observación de que la misma en la población general Uruguay fue de 25.9% en 2013 (MSP, 2015.)⁴⁴, mientras que en la personas privadas de libertad este dato asciende a 63.3%. Este dato es importante en la salud de las PPL no solo por el daño que conlleva el consumo personal sino también por la exposición al humo de tabaco a la que se encuentran expuestos el resto de los reclusos (fumadores pasivos), más aún teniendo en cuenta las condiciones de hacinamiento en que viven. Otra observación importante es que esta prevalencia de consumo al ingreso, es francamente menor a la encontrada dentro de prisión (73.7%).⁴⁴

Un porcentaje no despreciable (10.8%) se encuentran en tratamiento con psicofármacos y una amplia mayoría de estos, más del 60%, presentan además consumo actual de sustancias; complicando así el correcto tratamiento y abordaje de la patología crónica de base por la cual requieren tratamiento con psicofármacos.

Si bien el reporte y registro de las patologías crónicas tiene aspectos a mejorar, se desprende del mismo que la patología crónica más referida es el asma. Sin embargo, la referencia por parte de PPL de padecer hipertensión arterial (1.9%) o diabetes (0.5%) resultó ser bastante inferior a la prevalencia de estas enfermedades en el resto de la población Uruguay (29.9% y 6% respectivamente)⁴⁴; a su vez también resultó inferior a los datos hallados en la población penitenciaria según el estudio epidemiológico publicado recientemente, donde los varones privados de libertad hipertensos ascendían a 16% y los diabéticos a 3.5%.⁴⁴ Referente a la comparación con la población general nacional hay que tener en cuenta que son poblaciones de distintas características en cuanto a edad y sexo, entre otros.⁵⁰ Por otra parte el aumento de la prevalencia de estas enfermedades dentro del sistema carcelario podría indicar un aumento de la captación y diagnóstico de las mismas por parte del equipo de salud del sistema penitenciario.

Uno de los resultados arrojados por el estudio de gran relevancia fue el referente al consumo de sustancias problemáticas, donde se vio que gran parte de la población estudiada consumía actualmente drogas (65%) o contaba con el antecedente de haber tenido consumo problemático de sustancias (8.8%); viéndose además que la prevalencia de consumo aumenta en los reincidentes y lo hace aún más en aquellas PPL que se encontraban en situación de calle. Este aumento se acentúa cuando se habla de pasta base de cocaína, pasando a ser esta la sustancia más consumida por estas subpoblaciones (situación de calle y reincidentes); mientras que en contraste, para el consumo de alcohol y cocaína no se encontraron diferencias importantes, e incluso la cocaína sería más consumida por la población de ingreso general que por las otras subpoblaciones. Dos de cada tres personas en

situación de calle se encuentra en policonsumo. La sustancia más consumida en la población general de ingreso es la marihuana.

Los datos aportados por la fuente de información son de sumo valor y enriquecen el conocimiento sobre la situación de salud de estas personas; aun así sería beneficioso implementar una sistematización del registro de los datos tomados en el momento en que ingresan los reclusos. Puntualmente registrar con precisión las fechas de ingreso, darle valor a cada resultado sin realizar registros en blanco, informatizar el registro de todos los datos, contar con un lenguaje universal o sistema de referencia para aludir a las enfermedades crónicas con precisión, son algunas de las recomendaciones que surgen del análisis de la información procesada.

Que las PPL al ingreso puedan tener una historia clínica electrónica que acompañen a los reclusos en todo el proceso, incluso en la liberación, para posterior seguimiento y control de aquellas situaciones o patologías que lo ameriten, sería sumamente beneficioso para la correcta atención integral de su salud. También sería conveniente que pudieran acceder al sistema de registro de vacunaciones para que aquellas personas que tienen su esquema de vacunas vigentes no tengan que ser vacunadas nuevamente, evitando así la sobre intervención sobre el paciente como el mal uso de los recursos materiales y personales.

Por otra parte, vale destacar que el presente estudio descriptivo puede servir, y ojalá así sea, como base para la realización de trabajos posteriores. Los resultados arrojan valiosos datos que plantean innumerables preguntas y futuras hipótesis a partir de las cuales podrían realizarse diversos trabajos con el fin de obtener toda la información necesaria de la salud integral de esta población, siempre con el fin de crear nuevas políticas o mejorar las existentes para trabajar en beneficio de la salud de las Personas Privadas de Libertad.

Por último, se destaca la importancia y necesidad de incluir el estudio de esta población vulnerable en la formación médica, entendiendo que el conocimiento y manejo de las características propias de este grupo de personas, (así como sucede con otras poblaciones particulares) redundan en una atención más eficaz e inclusiva. Esto a su vez es coherente con la universalidad del derecho a la salud, por lo que formar médicos con herramientas para atender con calidad y eficacia a todas las personas, independientemente de su condición, resulta fundamental.

AGRADECIMIENTOS:

Autoridades de SAI.PP.L.- ASSE

Daniel Melgar - Director general de Cárcel Central.

Giselle Lamanha - Secretaria del equipo de psicología de Cárcel Central.

María Mancini- Secretaria del equipo de psicología de Cárcel Central.

Sandra Vergara - Auxiliar de enfermería CDDPP.

Daniel Benítez- Lic. en enfermería. CDDPP.

Ricardo Sosa - Médico responsable del CDDPP.

Bibliografía.

1. SGIP: Establecimientos penitenciarios (Ministerio del Interior) [Internet]. *Institucionpenitenciaria.es*. 2016 [cited 30 May 2016]. Available from: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios>
2. Merino B. Las prisiones: una nueva oportunidad para la Salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [Internet]. 2012 [cited 22 May 2016];7(1). Available from: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/279/608>.
3. [Internet]. 2016 [cited 12 May 2016]. Available from: http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/10904/1/informe_privados_de_libertad.pdf.
4. [Internet]. 2016 [cited 25 May 2016]. Available from: https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/65522/5/vulnerabilidad_salud_presos.pdf.
- 5 Azcacibar M, Folino J, Pagnamento L. Condiciones de vulnerabilidad social : Los detenidos y sus grupos de referencia [Internet]. *Lareferencia.info*. 2008 [cited 25 May 2016]. Available from: http://www.lareferencia.info/vufind/Record/AR_d0bdee23183c42c4b061832d9e541165.
- 6 Jiménez Ramírez M. APROXIMACIÓN TEÓRICA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL: COMPLEJIDAD E IMPRECISIÓN DEL TÉRMINO. CONSECUENCIAS PARA EL ÁMBITO EDUCATIVO. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*. 2008;34(1).
7. Mas de 1.000 personas viven en situación de calle en Uruguay [Internet]. *Mides.gub.uy*. 2016 [cited 14 October 2016]. Available from: <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=13715&site=1&channel=innova.net>
- 8.[Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/65441/1/20160921.-presentacion-conferencia-de-prensa-resultados-censo-situacion-de-calle.pdf>
9. Naciones Unidas , Consejo Económico y Social Distr. limitada 21 de mayo de 2015 Español Original: inglés V.15-03588 (S) 210515 210515 *1503588* Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal 24º período de sesiones Viena, 18 a 22 de mayo de 2015 Tema 6 del provisional Utilización y aplicación de las reglas y normas de las Naciones Unidas en materia de prevención del delito y justicia penal.
- 10.Sarang A, Platt L, Vyshemirskaya I, Rhodes T. Prisons as a source of tuberculosis in Russia. *International Journal of Prisoner Health*. 2016;12(1):45-56.
- 11 .Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión [Internet]. *Ohchr.org*. 2016 [cited 18 May 2016]. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx>

12. [Internet]. 2016 [cited 8 June 2016]. Available from:
https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6_Rev1/ECN152015_L6Rev1_s_V1503588.pdf
13. RJ B. *Health and beyond...strategies for a better India: using the "prison window" to reach disadvantaged groups in primary care.* - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26288765>.
14. Gallizo Llamas Martínez Olmos J. *La experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones.* *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2010;12(3).
15. D R. *Methodological factors conducting research with incarcerated persons with diabetes.* - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26856509>.
16. Silverman-Retana O e. *Diabetes and hypertension care among male prisoners in Mexico City: exploring transition of care and the equivalence principle.* - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27094508>.
17. A. MANNOCCI G. *The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a pilot study.* *Journal of Preventive Medicine and Hygiene [Internet].* 2015 [cited 22 May 2016];56(4):E172. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753818/#_ffn_sectitle.
18. Heidari E, Dickson C, Newton T. *An overview of the prison population and the general health status of prisoners.* *BDJ.* 2014;217(1):15-19.
19. Oninla OA, Onayemi O. *Skin infections and infestations in prison inmates.* *Int J Dermatol.* 2012;51(2):178–81.
20. Consejo de Derechos Humanos 13º período de sesiones Tema 3 de la agenda Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak Adición Misión al Uruguay.
21. Uruguay P. *Uruguay es pionero en independizar servicios de salud de privados de libertad* - Presidencia de la República [Internet]. Presidencia.gub.uy. 2016 [cited 12 May 2016]. Available from: <http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-privados-libertad-asse>.
22. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES [Internet]. Cioms.ch. 2016 [cited 29 May 2016]. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
23. Pinheiro MC, Lima de Araújo J, Borges de Vasconcelos R, Cosme do Nascimento EG. *Health profile of freedom-deprived men in the prison system.* *Investig y Educ en Enfermería [Internet]. Investigación y Educación en Enfermería; 2015 Jun 15 [cited 2016 May 1];33(2):269–79.* Available

from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

24. Aguilera XP e. *Tuberculosis in prisoners and their contacts in Chile: estimating incidence and latent infection.* - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26688530>.

25. Nelwan EJ, Van Crevel R, Alisjahbana B, Indrati AK, Dwiyana RF, Nuralam N, et al. *Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening.* Trop Med Int Health [Internet]. 2010;15(12):1491–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955370>.

26. Fuge TAYanto S. *Prevalence of smear positive pulmonary tuberculosis and associated risk factors among prisoners in Hadiya Zone prison, Southern Ethiopia.* BMC Research Notes. 2016;9(1).

27. Gomez I, Llerena C, Zabaleta A. *Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad. Colombia, 2010-2012.* Rev salud pública. 2015;17(1):97-105. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26378829>.

28. MacDonald R e. *The Rikers Island Hot Spotters: Defining the Needs of the Most Frequently Incarcerated.* - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from

29. Bautista-Arredondo S e. *A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192811>.*

30. Silverman-Retana O e. *Cross-Sectional Association between Length of Incarceration and Selected Risk Factors for Non-Communicable Chronic Diseases in Two Male Prisons of México City - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26381399>.*

31. Mauri Pont M, Borralló Almansa RM, Almada Rivas G, Carbó Díez M, Solé Arnau R, García Restoy E. *[Peripheral arterial disease and cardiovascular risk factors among patients infected with human immunodeficiency virus: a comparison between hospital out-patients and patients in a prison]. Clínica e Investig en Arterioscler publicación f la Soc Española Arterioscler Internet . Elsevier; 2014 Jan 1 [cited 2016 May 1];26(3):115–21. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-enfermedad-arterial-periferica-factores-riesgo-90331601>.*

32. *Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali, Colombia 1 [Internet]. Docplayer.es. 2016 [cited 25 May 2016]. Available from: <http://docplayer.es/11940967-Vulnerabilidad-en-salud-de-los-presos-del-penal-de-villahermosa-cali-colombia-1.html>.*

33. [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/CR_Estudio-C%C3%A1rcelesVarones_2015_ICD.PDF
34. [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from: <http://www.cicad.oas.org/oid/new/research/Costs/CREstudioCarceles.pdf>
35. [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v10n2/especial.pdf>
- 36 [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
37. Alpert, M., Wickersham, J. A., Vázquez, M., & Altice, F. L. (2013). Alcohol use disorders and antiretroviral therapy among prisoners in Argentina. *International Journal of Prisoner Health*, 9(1), 40–50. <http://doi.org/10.1108/17449201311310797>.
38. Macri Troya MBerthier Vila R. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [Internet]. 2010 [cited 30 May 2016];12(1):21-28. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000100003
39. Zlotorzynska M e. Retrospective cohort study of cancer incidence and mortality by HIV status in a Georgia, USA, prisoner cohort during the HAART era. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 23 May 2016]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27067888>.
40. Nazare C Girleanu I Cojocariu-Salloum C Trifan A.(revalence of chronic hepatitis B virus HB infection in closed communities and risk behaviour). *Rev medico-chirurgical a Soc edici i at din Ia i Internet* . 2011 11 2 :32 –30. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L362921366\http://sfxhosted.exlibrisgroup.com/emu?sid=EMBASE&issn=00487848&id=doi:&atitle=%5BPrevalence+of+chronic+hepatitis+B+virus+%28HBV%29+infection+in+closed+communities+and+ris>.
41. Censo Nacional de Reclusos [Internet]. Minterior.gub.uy. 2016 [cited 30 May 2016]. Available from: <https://www.minterior.gub.uy/index.php/documentos-y-legislacion/67-obspublicaciones/obspublicaciones/592-censo-nacional-de-reclusos>.
42. <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> (Carta Otawa para a promocion de salud).
43. [Internet]. 2016 [cited 7 June 2016]. Available from: https://www.minterior.gub.uy/images/stories/guia_informativa_ppl.pdf
44. Oxandabarat A. Diagnostico Epidemiológico en centros de privación de libertad [Internet]. Paho.org. 2016 [cited 14 October 2016]. Available from: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1061:diagnostico-epidemiologico-en-centros-de-privacion-de-libertad&Itemid=335

45. Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. *Protocolo de atención de adultos en el ingreso al sistema penitenciario*. Montevideo: OPP, 2016. 30 p.

46. [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Informe_epidemiologico_vih sida_Agosto_2010_%5B1%5D.pdf

47. [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from:
https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2016/noticias/NO_U311/Informe.pdf

48. [Internet]. 2016 [cited 12 October 2016]. Available from:
<http://www.chlaep.org.uy/descargas/programas-control-tuberculosis/estadisticas/2014-cifras-definitivas.pdf>

49. [Internet]. 2016 [cited 28 May 2016]. Available from:
http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/pdf/uruguay_decreto_PE_investigacion2008.pdf.

50. [Internet]. Ine.gub.uy. 2016 [cited 14 October 2016]. Available from:
<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690>.

ANEXOS

Solicitud de acceso a base de datos.

Montevideo 14 de abril de 2016 Administración de los Servicios de Salud del Estado-ASSE Sistema de Atención Integral - Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL) Directora: Dra. Paula Sarkissian De nuestra mayor consideración:

Los abajo firmantes somos estudiantes que pertenecemos al grupo número 47 del Ciclo de Metodología Científica II correspondiente al 6to año de la carrera de doctor en Medicina de la Facultad de Medicina –UdelaR .Este curso tiene como objetivo que los estudiantes nos involucremos con una problemática específica propuesta por profesores de nuestra facultad realizando una monografía de acuerdo a la temática seleccionada. En nuestro caso , hemos seleccionado la temática propuesta por la Prof. Adjunta Griselda Bittar ,perteneciente al Departamento de Medicina Preventiva y Social de nuestra Facultad , relacionada a la Salud de las Personas privadas de libertad ,debido a que ha trabajado como coordinadora del Estudio Epidemiológico en el marco del Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socio-económica de las personas privadas de libertad – Sector de intervención Salud en centros de privación de libertad”, desarrollado mediante convenios entre Unión Europea, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Corporación Nacional para el Desarrollo y la Representación de OPS/OMS en Uruguay. Es de nuestro interés realizar con la tutoría de la Dra. Bittar , un Diagnóstico Epidemiológico en base a un estudio de corte transversal sobre Morbilidad Prevalente, con registros disponibles en el Centro de Ingreso y Diagnóstico (que funciona en la ex Cárcel Central) , que permita conocer la “Situación de salud de los varones privados de libertad a su ingreso al Sistema Penitenciario de Montevideo y zona metropolitana durante el año 2015. “ Para ello se realizará un protocolo de investigación, que pasará por un comité de Ética para cumplir con la rigurosidad necesaria de un trabajo de investigación. Luego de finalizado el estudio y de ser aprobado por la Facultad de Medicina, se hará entrega de una copia del mismo a las autoridades de SAI-PPL . Por todo lo antes mencionado, le solicitamos a Usted la autorización para acceder a los registros necesarios para realizar el mencionado estudio, así como también es de nuestro interés observar en alguna oportunidad el procedimiento de evaluación que realiza el equipo de salud al ingreso de las PPL al Sistema Penitenciario. A la espera de una respuesta favorable, la saludan atentamente: Juan Larrañaga, Tabata Hernández, Gimena Calero, Juan Fratti, Stephanie Gallo.



Administración de los Servicios
de Salud del Estado

Montevideo, 12 de mayo de 2016.-

Depto de Medicina Preventiva y Social
Prof adjunta Griselda Bittar
Presente

Por medio de la presente informamos que SAI PPL ha realizado las consultas ante la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables a los efectos de la realización del *Diagnóstico epidemiológico en base a un estudio de corte transversal sobre Morbilidad Prevalente*. En virtud de la relevancia del estudio y aporte que arrojará a ASSE se autoriza la realización del diagnóstico planteado.

Quedando a las ordenes para facilitar toda la información requerida.

Saluda muy atentamente



Lic. Mariana Drago
Sub Directora
SAI/PPL

Montevideo, 28 de julio de 2016

**Señores integrantes del Grupo Mono PPL
Facultad de Medicina
Presente**

Ref.: Protocolo de Trabajo Grupo 47 “Estado de salud de las personas privadas de libertad de sexo masculino que ingresaron al Sistema Penitenciario en el Uruguay a través del Centro de Diagnóstico y Derivación de Personas Procesadas entre el 1 de enero y 30 de junio de 2016.”

Habiendo tomado conocimiento de vuestro Protocolo de Investigación el día 1º de julio de 2016, el Comité de Bioética de ASSE procedió al estudio del mismo desde el punto de vista bioético y ha resuelto comunicar al Grupo Investigador la aprobación del mismo con las siguientes consideraciones:

- 1. Se considera necesario garantizar la preservación de la identidad de los usuarios privados de libertad y las fuentes secundarias de donde se obtendrán los datos sea entregadas por integrantes del equipo de salud del Centro de Diagnóstico y Derivación de Personas Procesadas.**
- 2. Eventualmente este Comité puede ejercer potestades de contralor de la aplicación del protocolo en el dispositivo de asistencia de ASSE.**
- 3. Se solicita que los resultados finales de la investigación así como las conclusiones a las que arrive el grupo investigador sean comunicados al SAI-PPL, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, previo a su presentación y divulgación pública.**

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.

Comité de Bioética de ASSE

Reglas de Mandela (Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos) referentes a salud:

El objeto de las reglas siguientes no es de describir en forma detallada un sistema penitenciario modelo, sino únicamente establecer, inspirándose en conceptos generalmente admitidos en nuestro tiempo y en los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más adecuados, los principios y las reglas de una buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de los reclusos.

Principio fundamental. 1) Las reglas que siguen deben ser aplicadas imparcialmente. No se debe hacer diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o cualquier otra opinión, de origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra situación cualquiera. 2) Por el contrario, importa respetar las creencias religiosas y los preceptos morales del grupo al que pertenezca el recluso.

12. Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente.

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. 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.....

24. El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo. 25. 1) El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión. 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. 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.

