

ESTRATEGIA DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CENTROS PENITENCIARIOS





FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
Y DE ADMINISTRACIÓN

POSGRADOS



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Económicas y de Administración

Trabajo Final para obtener el Título de Gestión de los Servicios de Salud

**ESTRATEGIA DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
CENTROS PENITENCIARIOS**

Por los Autores:

Dra. Magela Campos

Dra. Evelyn Segredo

Tutor: Prof. Julio Vignolo.

Máster en Epidemiología.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Prof. Titular del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UdelaR.

Decano Interino.

Montevideo

Uruguay

2022

Página de aprobación

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final:

Título: ESTRATEGIA DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CENTROS PENITENCIARIOS

Autor/es: Dra. Magela Campos

Dra. Evelyn Segredo

Tutor: Prof. Julio Vignolo.

Posgrado: Gestión de Servicios de Salud

Puntaje:

Tribunal

Profesor:

Profesor.....

Profesor.....

FECHA: 30 de noviembre de 2022

RESUMEN

En Uruguay existe un consenso político y social, donde se considera a las cárceles un problema desde hace varias décadas. Altos niveles de violencia y un sostenido aumento de la población privada de libertad, lleva a que las políticas penitenciarias sean insuficientes e ineficaces para el tratamiento del delito y por sobre todo, no garantizan ni respetan los derechos humanos. Los problemas de salud se diversifican en varias áreas, desde la atención en salud y la calidad de la misma, así como la accesibilidad a los servicios, la oportunidad de captación y generar seguimiento a los pacientes, la participación de los usuarios en los procesos, en la planificación de Prevención y Educación para la Salud, en las contra referencias de segundo y tercer nivel. Desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por la Ley N° 18.211 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. El Sistema Sanitario Penitenciario no es ajeno a las líneas estratégicas del SNIS, sin embargo, las cualidades de la Estrategia de la Atención Primaria en Salud para la Atención de las Personas Privadas de Libertad continúan siendo un verdadero desafío en la práctica diaria. El presente trabajo monográfico es un programa de salud y propone tomar el diagnóstico de situación de salud del año 2015, realizado en nuestro país, y diseñar una Estrategia de Organización de los Servicios de salud en función de las necesidades y problemas de salud más prevalentes, de los 28 centros penitenciarios y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Uruguay en el período 2022-2025.

Palabras claves

Atención en Salud, servicios, centros penitenciarios, privación de libertad

ÍNDICE

I.	Abreviaturas y siglas-----	6
II.	Introducción-----	8
III.	Justificación -----	9
IV.	Marco referencial -----	10
V.	Marco teórico -----	13
VI.	Propósito-----	18
VII.	Objetivo general-----	19
VIII.	Objetivos específicos y metas-----	19
IX.	Matriz programática -----	24
X.	Cronograma-----	35
XI.	Evaluación -----	36
XII.	Análisis de factibilidad -----	40
XIII.	Referencias bibliográficas -----	42
XIV.	Anexos -----	44

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS

Gráfico 1

Evolución del promedio anual de personas privadas de libertad (1999-2021) -----	11
---	----

Gráfico 2

Evolución mensual de la población privada de libertad del año 2020 -----	12G
--	-----

Gráfico 3

Evolución mensual de la densidad en 2020 -----	12
--	----

Tabla 1

Matriz programática-----	23
--------------------------	----

Tabla 2

Tabla de Evaluación-----	32
--------------------------	----

II. ABREVIATURAS Y SIGLAS

ALC - América Latina y el Caribe.

ASSE - Administración de Servicios de Salud del Estado.

AE - Auxiliar de Enfermería.

BID - Banco Interamericano del Desarrollo.

CPP - Comisionado Parlamentario Penitenciario.

DDHH - Derechos Humanos.

DNSP- Dirección Nacional de Sanidad Policial.

DT - Director Técnico.

ECNT - Enfermedades Crónicas No Transmisibles

EF - Educación Física.

ET - Enfermedades Transmisibles.

HTA - Hipertensión Arterial.

HCE - Historia Clínica Electrónica.

HCEN - Historia Clínica Electrónica Nacional.

HCP - Historia Clínica Penitenciaria.

IAE - Intento de Autoeliminación.

ITS - Infecciones de Transmisión Sexual.

INR - Instituto Nacional de Rehabilitación.

INAU - Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

INISA - Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente.

LAI - Lesiones Autoinfligidas.

L.E. - Licenciado en Enfermería.

MG - Médico General.

MEFACO - Médico Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.

OE - Objetivos Específicos.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

ONU - Organización de las Naciones Unidas.

OPS - Organización Panamericana de Salud.

PNA - Primer Nivel de Atención.

PPL - Personas Privadas de Libertad.

RRHH - Recursos Humanos.

RISS - Redes Integradas de Servicios de Salud.

SAI-PPL - Servicio De Atención a Personas Privadas de Libertad.

SDNSP - Subdirección Nacional de Sanidad Policial.

SIEP - Sistema Informático Electrónico Penitenciario.

SIRPA - Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.

SSYR - Salud Sexual Y Reproductiva.

SM - Salud Mental.

SMP - Servicio Médico Penitenciario.

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud.

III. INTRODUCCIÓN

Los centros penitenciarios constituyen un verdadero desafío a los Derechos Humanos (DDHH), siendo históricamente sujeto de cuestionamientos por las condiciones y formas de trato hacia las personas que allí se encuentran alojadas. Cuanto más abiertos y transparentes sean los lugares de detención, menos serán los actos de abusos que allí se cometan y habrá mayor visibilidad sobre las condiciones de vivienda y socioeducativas brindadas por estos centros.

En relación al abordaje de la salud de las Personas Privadas de Libertad (PPL), es una de las dimensiones más críticas para conservar, proteger y mejorar las condiciones de bienestar físico, psíquico y social, tal como establece la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La privación de libertad, en cualquiera de sus formas es un momento crítico en el ejercicio de poder del Estado, ya que implica una intervención sobre uno de los valores más sagrados de la persona y esta se ejerce en un contexto de desbalance o desequilibrio de las fuerzas en juego por las altas probabilidades de cometer abusos, irregularidades, humillaciones u omisiones.

Las normas internacionales, tales como las de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la Cruz Roja constituyen marcos referenciales para las instituciones, pero también un gran desafío para las políticas de salud intra carcelarias, para las políticas sociales de rehabilitación e inclusión, la política criminal y la política penitenciaria. La convicción de minimizar (reducir población encarcelada) o solucionar un problema es posible, y esto constituye la base de toda política pública penitenciaria de los sistemas sociales y sanitarios.

Por eso es que la privación de libertad debe aplicarse cumpliendo muy estrictamente las normas que regulan, tanto las nacionales como internacionales, teniendo en cuenta que estas últimas suelen recoger un mínimo común para todos los países que se basan en la acumulación de evidencias, buenas prácticas e información. Las Reglas Mandela constituyen normativas de DDHH en el buen trato hacia las personas privadas de libertad.

Las cárceles deben ser un lugar de particular atención y cuidado sobre un tema que la humanidad y comunidad internacional han establecido como una unidad de medida de civilización, civilidad y cultura, la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes así como la tortura (Comisionado Parlamentario Penitenciario del Uruguay, 2020).

La infraestructura carcelaria así como la modernización de los protocolos y profesionalización de sus funcionarios son indispensables para mitigar la crisis de la salud pública.

La estrategia para la construcción del sistema de atención integral a la salud de adultos y adolescentes en centros penitenciarios en Uruguay 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 nuestro país.

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 SNIS en diciembre de 2007 (Centro de Información Oficial del Uruguay, 2022). Paralelamente se inicia la reforma del sistema penitenciario, estableciéndose un conjunto de medidas orientadas a mejorar las condiciones de las PPL y jerarquizar determinadas instituciones, dando paso hacia un cambio de concepción en la política criminal del estado uruguayo.

Este proceso de reforma del sistema penitenciario aún no ha culminado resultando en la fragmentación, discontinuidad y descoordinación del sistema de atención de salud penitenciario. En función de ello, es necesario organizar los servicios de salud de forma integral.

En 2015 se realizó el primer diagnóstico de salud del sistema penitenciario en nuestro país, arrojando resultados contundentes en relación a los problemas de salud más frecuentes y relevantes en esta población.

En el presente trabajo, y en el marco monográfico del posgrado de Gestión de Servicios de Salud, se toma el diagnóstico realizado por la OPS en nuestro país, donde se encontró un Primer Nivel de Atención (PNA) deficitario, pues algunos centros penitenciarios no cuentan con los Recursos Humanos (RRHH) para la atención integral de la salud y los médicos generales carecen de apoyo en el abordaje de la salud mental de los PPL, dificultades en la accesibilidad, y la salud mental como una de las disciplinas con más carencias, pues solamente en 6 de los 28 centros se informó la presencia de médico psiquiatra con una muy baja carga horaria. En el abordaje integral de la salud se propone una organización estratégica de los servicios basados en el desarrollo del PNA de los sistemas penitenciarios y un sistema de referencia/contrarreferencia con una adecuada articulación entre las instituciones de salud, así como la mejoría de la atención en salud mental.

IV. JUSTIFICACIÓN

La población privada de libertad presenta características sociodemográficas bien particulares, siendo una de las más vulnerables en el universo de la salud pública.

En la construcción del planteamiento del problema, cada integrante de este grupo de trabajo identificaba problemas de salud en diferentes niveles de acción, propios desde el lugar de trabajo de cada uno. Por un lado Dra. Evelyn Segredo, médica general, postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, desempeñando funciones en el PNA de SAI-PPL detectó problemas en la calidad y continuidad de la atención así como en la accesibilidad. Por otro lado la Dra. Magela Campos, médica general siendo subdirectora del Hospital Departamental de Rivera detecta dificultades en la articulación de los servicios de la unidad penitenciaria local (Carancho) con los servicios propios del hospital desde las consultas en servicios de policlínicas así como con los servicios de internación. Ambas detectaron dificultades en la gestión de los traslados y contrarreferencias de las PPL a los otros centros de salud referentes

de segundo y tercer nivel del sub sector público, demoras en los traslados, o falta de cupos cama para recepcionar a estos pacientes. Cada enfoque desarrollaba varios problemas en común: dificultades en resolver problemas de salud, estigmatización de las PPL, pobre accesibilidad a los servicios, complicaciones con la custodia policial en los servicios de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), etc.

La sensibilidad y la predisposición grupal para generar mejoras en los sistemas en base a la experiencia de cada integrante, condujo a plantear éste trabajo monográfico. Dicho trabajo refleja la verdadera complejidad de abordar la salud en las cárceles, y la necesidad de proponer una estrategia que ordene e impacte positivamente sobre la salud y el bienestar de las PPL.

Nuestro país ha desarrollado escasa evidencia y propuestas en torno a los sistemas penitenciarios y los sistemas de referencia-contrarreferencia. Los lineamientos internacionales señalan que es necesario generar una continuidad de los servicios de salud intra y extra carcelarios y para ello se necesita una buena articulación con y entre las instituciones de salud.

El trabajo monográfico es un programa de desarrollo de un análisis profundo de los sistemas de salud actuales en cárceles, y propone una modalidad de organización que favorezca a la población en función de los problemas más relevantes.

V. MARCO REFERENCIAL

En la actualidad el sistema penitenciario de nuestro país aloja a más de 13.835 PPL entre las 27 unidades penitenciarias distribuidas en todo el país, 11 en la zona metropolitana y 16 en el interior. La Unidad 4 del Comcar, zona Metropolitana es la que tiene mayor densidad (142%) y en el interior, la Unidad 20 Salto y Anexo Tacuabé es la de mayor densidad (237%). Según promedios anuales elaborados por el Comisionado Parlamentario Penitenciario (CPP) para el Sistema Penitenciario en el informe del año 2020, con base en datos proporcionados por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), la población creció el 12,6% respecto de 2019 y la tendencia continuó en la primera mitad de 2021 cuando el promedio fue un 11,1% mayor al de junio de 2020. Esta tendencia al crecimiento de la población reclusa se ha ido produciendo a lo largo de los años, generando cambios que deben contemplar la planificación y ejecución de planes de intervención, tomando en cuenta que la variación que se produce abarca no solo la cantidad de personas sino también el perfil de la población. Todos estos cambios hacen imprescindible la actualización de los programas de intervención, y con ellos, la profesionalización del personal.

Según este informe del Comisionado, las unidades son heterogéneas, desde la cantidad de personas que alojan hasta el número de actividades, propuestas de reinserción social, y perspectiva de DDHH. Sostienen que a pesar del plan nacional de dignidad de la vida en cárceles, la organización y estructura de las unidades es diferente.

En el estudio diagnóstico del 2015, se informa que previo a la información relevada en el mismo, ya existía escasa información sistematizada sobre los servicios de salud de cada unidad, lo cual complejiza diseñar una estrategia homogénea para cada centro de salud.

En nuestro país 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 INR, por Ley 18.719 de diciembre de 2010.

Según datos del CPP e INR con fecha de diciembre del 2021:

Población penitenciaria: 13.835.

Tasa de prisionización: 390 cada 100.000 habitantes.

Tasa de crecimiento poblacional (últimos 12 meses): 6 %.

Tasa de crecimiento en varones (últimos 12 meses): 5 %.

Tasa de crecimiento mujeres (últimos 12 meses): 24 %.

Varones: 12.813 - Mujeres: 924.

Varones Trans: 4 y Mujeres Trans: 24.

Niños/as: 54.

Procesados: 13% - Penados: 87%.

El aumento poblacional fue de un 10% en los últimos 12 meses.

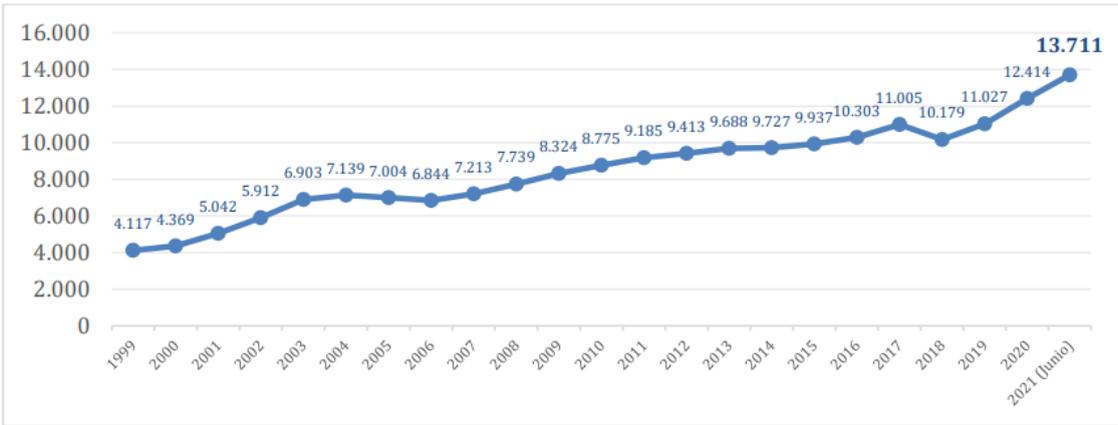


Gráfico 1: Evolución del promedio anual de personas privadas de libertad (1999-2021).

Entre 1999 y 2021, la población penitenciaria se triplicó, considerando las características de un país demográficamente estable, lo que permite una enorme previsibilidad para la gran mayoría de las políticas sociales. La explosiva demografía penitenciaria uruguaya es una anomalía en el bajísimo crecimiento poblacional del país. Este aumento poblacional no se ha acompañado de un crecimiento proporcional de recursos y tecnología de intervención social, por lo que el problema sigue sin alcanzar un nivel adecuado de respuesta para los niveles de desarrollo del país. En el 2020, la población creció en promedio el 12,6% respecto al promedio anual de 2019, superando mes a mes los récords históricos del sistema penitenciario en Uruguay. Esta tendencia continuó en la primera mitad del 2021; en junio la población penitenciaria creció el 11,1% respecto a los últimos 12 meses. Se trata de uno de los ritmos de crecimiento poblacional más grandes de las últimas décadas. De continuar esta preocupante tendencia se alcanzan las 20.000 personas en solo 4 años.

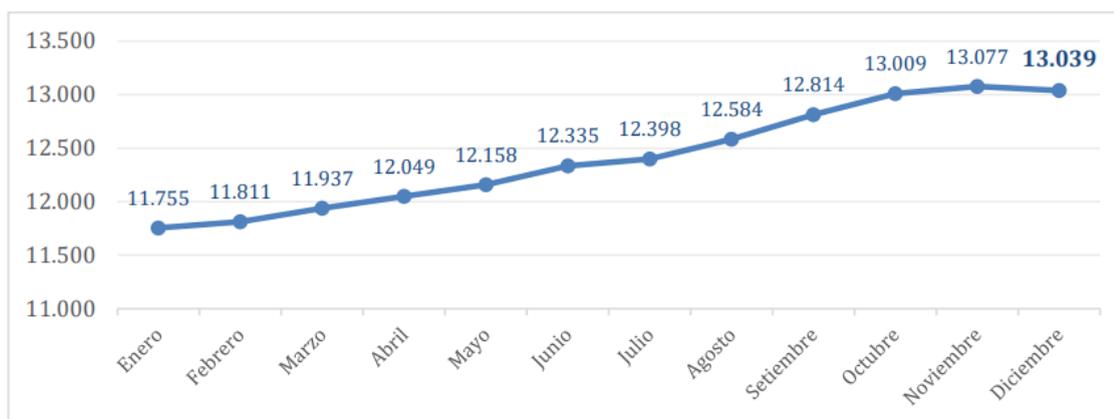


Gráfico 2: Evolución Mensual de la población privada de libertad del 2020.

Fuente Informe Anual del Comisionado Penitenciario Parlamentario 2020,

Por otro lado, se debe analizar la densidad poblacional que es un indicador directo del crecimiento poblacional permanente, se define como la capacidad que tiene el sistema penitenciario para alojar a cada vez más personas.

En 2020 se puede observar que el sistema penitenciario alcanzó una situación clara de sobrepoblación, alcanzando el 121% en función de plazas disponibles, superando el nivel crítico. El hacinamiento crítico (esto es, cuando la densidad es mayor a 120%) se alcanzó en junio de 2020 y siguió aumentando hasta llegar a 127% en diciembre. La densidad siguió aumentando en 2021: al 30 de junio de 2021 la densidad había trepado al 134%. A continuación se presenta la evolución de la densidad en 2020:

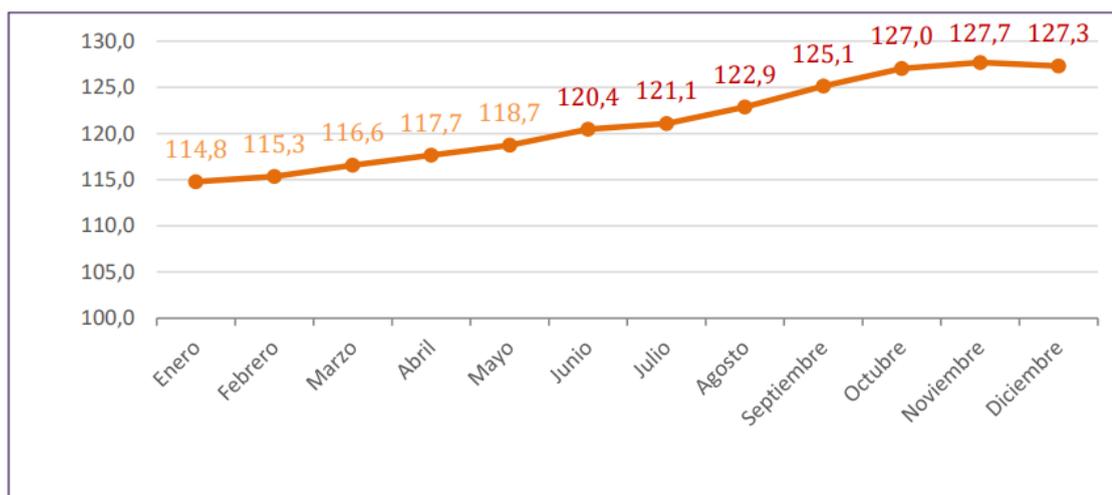


Gráfico 3: Evolución mensual de la densidad en 2020.

La crisis sanitaria por la pandemia dejó en evidencia muchas de las carencias que el sistema penitenciario de América Latina y el Caribe (ALC), y Uruguay particularmente, sufre como consecuencia de décadas de abandono, pero también abre una posibilidad para poner fin a problemas estructurales. Ahora más que nunca, resulta esencial la comunicación entre países e instituciones para poner de relieve las medidas que funcionan y las que hay que corregir.

VI. MARCO TEÓRICO

ALC tiene un millón y medio de reclusos y una tasa de encarcelamiento que se ha duplicado desde el año 2000: ha aumentado un 120% frente a un tímido 24% en el resto del mundo. Estos datos son fruto de un sistema de justicia que, en líneas generales, opta por el encarcelamiento como principal medida punitiva en lugar de explorar otras opciones como la libertad vigilada, los servicios comunitarios o las penas económicas. Todo esto se une al enorme volumen de PPL en prisión preventiva que se encuentran a la espera de un juicio (Las cárceles de América Latina y el Caribe ante la crisis sanitaria del COVID-19, 2020).

La región casi duplica la tasa de encarcelamiento de la media mundial de presos. En ALC hay 262 reclusos por cada 100.000 habitantes, mientras que en África y Asia esta cifra es de 97; en Europa, de 187; en Oceanía, de 157, y la media mundial es de 145 (World Prison Brief, 2018). El promedio de sobrepoblación en las cárceles de ALC es del 64%, pero hay casos alarmantes como el de Haití, donde alcanza el 354%, o El Salvador y Guatemala, países en los que llega al 233%.

Respecto a la atención en salud en los centros penitenciarios así como hacinamiento en los mismos, hay escasa literatura y estudios de investigación referentes al tema.

A partir de encuestas realizadas a 14 países de ALC por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), muestra que la población encarcelada es cada vez más joven, que el perfil

de los internos varía de acuerdo con la edad y el género, y que las condiciones de vida en las prisiones estudiadas no cumplen con los estándares internacionales. Las grandes aglomeraciones de presos unidas a la precariedad y a la falta de recursos dentro de los centros penitenciarios afectan directamente a la salud y el bienestar de los internos.

De la encuesta realizada por el BID a reclusos en 14 países de la región de ALC visibilizó que, en promedio, en las celdas viven un 45% más de personas de las que deberían y que el 58% de los encuestados no duerme en una cama. Solo el 80 % de los internos tiene acceso suficiente al agua potable, el 29 % de ellos tiene jabón y el 71 % de las PPL según la encuesta recibió o ha recibido atención médica (Dentro de las prisiones de América Latina y el Caribe: una primera mirada al otro lado de las rejas, 2019).

En Argentina por ejemplo, se realizó un estudio en las cárceles federales (luego de que el Subcomité para la Prevención de la Torura de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) visitara las cárceles federales en Argentina en el año 2013), basado en las Percepciones de las Personas Detenidas, por la Procuración Penitenciaria de la Nación, sobre la atención médica al interior de los centros carcelarios y la evolución de su salud en el encierro, (La atención a la salud en las cárceles federales de Argentina, 2019) antes de que se decretara la Emergencia Sanitaria. Los resultados del estudio basados en una encuesta mostraron que la atención a la salud en el encierro es a demanda (85 % de los casos) y no hay controles periódicos propios de un plan de medicina preventiva. De las PPL entrevistadas que refirieron una enfermedad, la mitad fue adquirida en el centro. Las PPL con enfermedades crónicas tuvieron dificultades de acceso a tratamientos o controles. Además de la descoordinación entre los médicos y las demás unidades penitenciarias, otro aspecto es la deficiencia en los programas y tratamientos en materia de salud mental, así como la falta de espacios terapéuticos sostenidos.

En México, la Comisión Nacional de los DDHH presentó su Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria relativo a la situación observada en el año 2019 (Situación del Sistema Penitenciario en México, 2020). Se abordaron varios puntos: aspectos que garantizan la integridad física y moral de las PPL, aspectos que garantizan una estancia digna, las condiciones de gobernabilidad, la reinserción social del interno y las condiciones de grupos específicos de gran vulnerabilidad. En una puntuación del 1 al 10, solamente 3 obtuvieron un puntaje menor a 6, la mayoría obtuvo un puntaje entre 6 y 8. Otro dato importante es que del 2015 al 2019 se redujo el número de centros penitenciarios pasando de 388 a 300. Esto se vio acompañado además de ausencia de sobrepoblación en este último año. Avanzaron en lo que refiere a capacitación del personal penitenciario así como la supervisión de los centros. Sin embargo se detectaron deficiencias en los programas de prevención de incidentes violentos, en programas de desintoxicación así como en los demás servicios de salud.

Si nos alejamos de la región y vamos hacia Europa en lo que respecta a atención en salud en el área de Salud Mental, se realizó un estudio en 24 países de la Unión Europea (Caminos hacia la atención psiquiátrica en los sistemas penitenciarios europeos, 2009) con el fin de describir y analizar los conceptos de provisión de servicios de salud mental a los internos de

los centros penitenciarios. Se basó en un cuestionario estructurado a expertos nacionales de cada país y mostró serias deficiencias en la atención de salud mental, desde las fichas de ingreso así como la atención durante su estadía en el centro. No hay unificación en la derivación de las PPL a los diferentes centros de atención de salud caso debuten con un episodio psicótico agudo. Tampoco cumplían con los estándares de calidad reconocidos internacionalmente.

En Suiza se realizó un estudio cualitativo con el fin de explorar las opiniones y experiencias de los reclusos mayores con respecto a la calidad de los servicios médicos (Puntos de vista de los reclusos que envejecen sobre los servicios de salud en las prisiones suizas, 2016). Se realizaron 35 entrevistas semiestructuradas con reclusos mayores de 50 años o más en 12 prisiones diferentes. La mayoría de los reclusos mayores de esta muestra expresaron su preocupación por la calidad del tratamiento durante el encarcelamiento. Los temas abordados abarcan desde la calidad del ingreso a los exámenes de rutina, la calidad del trato recibido y las demoras en la atención y los servicios prestados. Los hallazgos de este estudio sugieren que los reclusos mayores perciben la atención médica en prisión como insuficiente e inadecuada.

La crisis sanitaria por COVID-19, debe ser una oportunidad para replantear la gestión del sistema penitenciario de ALC y establecer las bases para un nuevo camino. Muchos países ante la crisis implementaron diferentes medidas para el descongestionamiento de los centros penitenciarios. Algunos, como Chile, se han enfocado en aquellas PPL con patologías previas como hipertensión o diabetes, los de edad avanzada y las madres de hijos pequeños. La pandemia puede ser la oportunidad para humanizar el sistema penal de la región, una reclamación histórica, y poner el foco en los derechos fundamentales de los presos, como el acceso a la salud, algo que ahora cobra más importancia que nunca.

La modernización de la infraestructura penitenciaria es indispensable para que los sistemas penitenciarios cumplan su función rehabilitadora. Las instalaciones deben cumplir la normativa de DDHH en infraestructura penal, contar con estándares modernos de seguridad y facilitar la actividad recreativa y educativa en espacios comunes. En este proceso se deben crear protocolos que ayuden a mitigar las crisis de salud pública y promover la capacitación del personal penitenciario para aplicarlos. El personal penitenciario juega un rol decisivo en la calidad de vida de las PPL en los centros penitenciarios ya que es un actor clave en la forma en que se implementan las políticas penitenciarias. Su profesionalización es el primer paso, y la modernización de su formación debe estar basada en un trato digno y de rehabilitación de los internos.

El hacinamiento en las cárceles puede afectar negativamente a la salud pública y al sistema penitenciario, aumenta la prevalencia de enfermedades, particularmente enfermedades infecciosas y psiquiátricas, así como entorpece la labor de rehabilitación social y da lugar a tratos inhumanos, crueles o degradantes (Hacinamiento en las cárceles y su impacto en la

salud, 2012). Esto debe tomarse en cuenta para orientar la formulación de políticas penitenciarias de rehabilitación y reinserción social. La limitación de la autonomía de las PPL así como el deterioro de la salud en el encierro y las enfermedades detectadas a la salida del interno, tienen un gran impacto negativo en el sistema de salud. La primera cuestión a resaltar es la incertidumbre y todo lo expuesto erosiona y fragmenta la capacidad de atención en salud en los sistemas penitenciarios.

En Uruguay, el SNIS establece principios para el actual modelo de atención en salud:

- 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.

Dentro de los Objetivos del SNIS, conforme a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2030, se destaca: 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; implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común con políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo los cuidados paliativos, organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales, e impulsar la descentralización de la ejecución.

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) ¹, dependiente del Ministerio del Interior en el PNA, y complementada por los servicios públicos de salud de ASSE.

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, proceso que fue además progresivo con la participación de los servicios dependientes de la Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP), recientemente denominada Subdirección Nacional de Sanidad Policial (SDNSP) dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia Social. Existen dos prestadores de salud en las unidades penitenciarias, por un lado Sanidad Policial, y por otro, ASSE.

La incompleta cobertura de salud por ASSE del sistema penitenciario, donde aun más del 30 % de la población es asistida por Sanidad Policial, es una anomalía que debería ser corregida² (Informe Anual Comisionado Parlamentario Penitenciario (CPP) del Uruguay, 2020). La fragmentación en el sistema de salud como dijimos anteriormente es una de las principales determinantes de la falta de atención del proceso salud-enfermedad. Resulta difícil la implementación de políticas sanitarias coexistiendo dos efectores de salud. 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. Finalmente la gobernanza compartida surge como un nudo crítico del proceso de transferencia, que 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. La educación para la salud, la prevención de

¹ El 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 Penitenciaría 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.

² El CPP es una oficina de supervisión, monitoreo, parlamentario de los Derechos Humanos (DDHH) del sistema penitenciario con amplias atribuciones para visitar e inspeccionar las unidades penitenciarias, solicitar información, formular denuncias y recomendaciones, promover los DDHH y cooperar con los organismos internacionales de DDHH. Está regulado por una ley y asesora al Poder Legislativo en la función de contralor del cumplimiento de la normativa constitucional, legal o reglamentaria vigente.

enfermedades, la vigilancia epidemiológica, y los protocolos de atención son herramientas básicas de la salud pública a aplicar en el ámbito penitenciario y deben ser priorizadas.

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. La actual organización de los servicios no garantiza una distribución y una adecuación de los mismos a las necesidades reales de la población con una doble carga de enfermedad. Esto genera inequidades importantes para los diferentes centros, así como la inaccesibilidad a los servicios, y la pobre resolutivez de problemas de salud más frecuentes.

En el presente trabajo se propone un modelo de atención y de estructuración de los servicios de salud basados en los resultados del diagnóstico de salud realizado en 2015 por la OPS, en conjunto con la Unión Europea.

VII. PROPÓSITO

Mejorar la situación de salud de la población privada de libertad en el período 2022-2025.

VIII. OBJETIVO GENERAL

Organizar y estructurar el PNA de los servicios de salud de los 28 centros penitenciarios y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Uruguay en el período 2022-2025.

IX. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el diagnóstico de situación de las PPL.
2. Organizar el PNA de los distintos centros penitenciarios en función de los principales problemas de salud.
3. Proponer un plan de seguimiento para el usuario privado de libertad con controles periódicos.
4. Mejorar la referencia/contrarreferencia del PNA intrapenitenciario con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.
5. Implementar un sistema de mejora de los registros médicos de las PPL.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Describir el diagnóstico de situación de salud de la PPL.

1.1. META: Identificar los problemas de salud de la población privada de libertad a través de las 6 principales dimensiones sanitarias .

Resultados del diagnóstico:

Dimensión socio cultural: población predominante masculina (94%); promedio de edad 31 (varones) a 33 años (mujeres); nivel de educación primaria completa 50%; secundaria incompleta 49%. La tasa de reincidencia se aproximó al 50%.

Dimensión salud mental: Lesiones Autoinflingidas (LAI) 18%; Intento de Autoeliminación (IAE) previos 3.2%; consumo de marihuana 35% en varones y 8% en mujeres; consumo de alcohol a diario 2.6%, población que no recibe visita 30%.

Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva (SSYR) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): 40% recibe visitas íntimas; uso de preservativo 14%; prevalencia de HIV 1.3%; sífilis activa 1%; antecedentes de ITS en últimos 2 años previos 6.8%.

Dimensión Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): consumo de tabaco 74%; siendo fumadores diarios el 93%; 25% no consume nunca frutas y verduras, predominantemente entre las mujeres (56%); 16% no tiene actividad física; sobrepeso y obesidad 40%, predominando en las mujeres (56.8%); presencia de Hipertensión Arterial (HTA) es 16%, prevalencia de diabetes 3.9%; hipercolesterolemia 16%, antecedente de asma 2.2%.

Dimensión de violencia intracarcelaria: incidencia de lesiones que requirieron atención médica en el último año 22%; 33% de los lesionados había requerido hospitalización. La causa más frecuente fueron las heridas con objetos cortantes.

Dimensión Accesibilidad: 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.

ACTIVIDADES

1.2.1. Identificar problemas en el diagnóstico agrupándolos en principales dimensiones para abordar.

1.2.2. Coordinar reuniones con los referentes de cada centro para informar y discutir los resultados en vistas a la organización del servicio.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Organizar el PNA en función de los principales problemas de salud.

2.1. META: Diseñar una estructura del PNA que asegure la asistencia periódica y de calidad del 90% de los problemas de salud descritos en el diagnóstico de salud.

ACTIVIDADES:

2.1.1. Fijar horarios y días de reunión del equipo de salud responsables del PNA así como la periodicidad de las mismas.

2.1.2. Realizar actividades de promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades más prevalentes.

2.1.3. Seleccionar y dotar de médicos y especialistas en base a las necesidades sanitarias de cada centro de salud.

Se estructuran las cárceles en función de las categorías (número de PPL):

- Categoría 1 (hasta 70 PPL): 1 médico de referencia, 1 equipo de enfermería, 1 equipo de salud mental, 1 odontólogo, 1 licenciado en trabajo social.
- Categoría 2 (de 71 a 250 PPL): 1 médico de referencia, 1 equipo de enfermería, 1 odontólogo, 1 médico psiquiatra, se agrega equipo de trabajo social integrado por licenciado en trabajo social y operador terapéutico.
- Categoría 3 (de 251 a 999 PPL): 3 médicos de referencia, 3 equipos de enfermería, 3 equipos de salud mental, 1 o más psiquiatras, 3 odontólogos, 2 o más equipo de trabajo social con operadores terapéuticos.
- Categoría 4 (más de 1000 PPL): 1 médico de referencia cada 1000 PPL, 4 o 5 equipos de enfermería, 5 o 6 equipos de salud mental, 2 psiquiatras, 4 o más odontólogos, 4 o más equipos con operadores terapéuticos.

2.1.4. Seleccionar promotores de salud de operadores previamente capacitados y asignarles funciones de detección y seguimiento intra módulo.

Dimensión Sociocultural:

2.1.5. Adecuar los centros de salud para disponer de al menos 1 referente de salud (usuario privado de libertad) para cada 100 personas en cárcel de varones.

2.1.6. Diseñar programas socioeducativos que permitan la finalización de estudios secundarios en el tiempo de encarcelamiento.

Dimensión Salud Mental:

2.1.7. Implementar un dispositivo de abordaje de consumo problemático de sustancias (Evaluación, Diagnóstico, Intervención y Seguimiento).

2.1.8. Dotar un programa de salud mental, con un conjunto de psicólogos y psiquiatras para los usuarios con antecedentes de patología de salud mental (IAE y LAI).

2.1.9. Capacitar a los médicos generales así como el resto del personal de salud de los centros penitenciarios, en atención de la salud mental para que desde allí cuenten con las herramientas necesarias para la atención de las PPL, sobre todo consumo e IAE que fueron los dos más grandes problemas detectados.

2.1.10. Implementar terapias grupales guiados por un profesional de salud mental.

Dimensión SSYR e ITS:

2.1.11. Entregar preservativos en cada consulta.

2.1.12. Realizar tests rápidos a cada usuario cada 6 meses en las consultas (opcional).

2.1.13. Elaborar una policlínica específica de abordaje de las ET (HIV, Hepatitis B, C, etc.)

Dimensión ECNT:

2.1.14. Diseñar una policlínica de tabaquismo y grupos terapéuticos para 50 personas.

2.1.15. Diseñar un comedor penitenciario basado en una alimentación saludable con el apoyo de cocineros y nutricionistas asignados para la tarea.

2.1.16. Diseñar un centro de deporte integral para realizar actividades deportivas orientadas con profesor de educación física .

Dimensión de Violencia Intracarcelaria:

2.1.17. Realizar actividades de prevención de violencia y promoción de la convivencia saludable.

2.1.18. Registrar, caracterizar, y cuantificar los eventos violentos intracarcelarios que llegan y se diagnostican en la emergencia.

Dimensión Accesibilidad:

2.1.19. Aumentar las horas de policlínica de atención rápida intra módulo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Proponer un plan de seguimiento para el usuario privado de libertad con controles periódicos.

3.1. META: Lograr que la totalidad de los usuarios tengan un plan de abordaje individualizado por el médico de referencia.

ACTIVIDADES:

3.1.1. Diseñar un protocolo de ingreso con una valoración médica al inicio (se registran antecedentes personales, características socioculturales y laborales, problemas de salud, etc).

3.1.2. Derivación al equipo especializado (Salud Mental, integración social, entre otros) en base al diagnóstico sanitario del ingreso.

3.1.3. Pautar un esquema individualizado de intervenciones de seguimiento, es decir, cada 3 a 6 meses, o control anual, según la situación de cada recluso.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Mejorar los procesos de referencia/contrarreferencia del PNA intrapenitenciario con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.

4.1 META: Disminuir los tiempos de espera en la coordinación con el segundo y tercer nivel de atención en un 25%, y un aumento de disponibilidad de cupos de 50% para PPL en centros de tercer nivel para el segundo año de implementación del programa.

ACTIVIDADES:

4.1.1. Realizar reuniones de los equipos de salud de PNA con los equipos referentes de segundo y tercer nivel de atención

4.1.2. Instrumentar la contrarreferencia del segundo y tercer nivel con el PNA.

4.1.3. Diseñar una unidad de enlace específica para el traslado PPL a tercer nivel u otros centros de salud en la comunidad.

4.1.4. Creación de un área específica de PPL en centros de segundo y tercer nivel.

4.1.5. Contactar directamente con las unidades de atención en salud en comunidad, previo a la salida del recluso, si precisa asistencia clínica y especializada de inmediato a su egreso. De esta forma, el recluso tiene una asistencia de salud continúa, en la transición del sistema penitenciario hasta su regreso a condición de libertad.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Implementar un sistema de mejora de los registros médicos de las PPL.

5.1 META: Lograr que el 95% de los usuarios privados de libertad estén registrados y tengan su historial médico penitenciario en sistema informatizado.

ACTIVIDADES:

5.1.1. Crear el sistema informático de registros médicos penitenciarios, en el que cada recluso tendrá su Historia Clínica Electrónica (HCE), así como el registro de otros aspectos sociales (situación laboral, formación educativa, vivienda, constitución familiar, etc.).

5.1.2. Fortalecer las bases de datos de registros médicos (HCE, sistematización de las consultas y motivo de la consulta, etc.).

5.1.3 Realizar la interconectividad entre HCE de los distintos prestadores con la HCE penitenciaria usando el sistema Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) de AGESIC.

X. MATRIZ PROGRAMATICA

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Describir el diagnóstico de situación de la PPL.

META 1.1. Identificar los problemas de salud de la población privada de libertad a través de las 6 principales dimensiones sanitarias.

TABLA 1.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CONCENTRACIÓN	TOTAL DE ACTIVIDADES	INSTRUMENTO	RENDIMIENTO	TIEMPO DE USO	CANTIDAD DE RECURSOS
1.1.1. Identificar problemas en el diagnóstico agrupándolos en principales dimensiones para abordar.	Médico director técnico (DT) de salud	Al menos 5 a 6 dimensiones/ problema de salud	1 a 2 actividades de identificación	Oficina Médico DT	1 actividad/ semana	3 hs/reunión	6 hs técnicas médicas 1 documento formato digital
1.1.2. Coordinar reuniones con los referentes de cada centro para informar y discutir los resultados en vistas a la organización del servicio.	Médico DT y jefe médico de cada unidad	Al menos 2 reuniones por mes	3 a 4 reuniones	Sala de reuniones Médico DT Jefe médico de cada unidad	1 reunión/ semana	10 hs/ semana	Técnico informático 10 hs/sem Sala de reuniones de cada unidad Hs médicas de DT 10/sem y 3 hs jefe médico de cada unidad

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Organizar el PNA en función de los principales problemas de salud.

2.1. META: Diseñar una estructura del PNA que asegure la asistencia periódica y de calidad del 90% de los problemas de salud descritos en el diagnóstico de salud.

TABLA 2.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CONCENTRACIÓN	TOTAL DE ACTIVIDADES	INSTRUMENTO	RENDIMIENTO	TIEMPO DE USO	CANTIDAD DE RECURSOS
2.1.1. Fijar horarios y días de reunión del equipo de salud responsables del PNA así como la periodicidad de las mismas.	Jefe médico de cada unidad	2 reuniones/equipo de la unidad/mes	6-8 actividades	Salón de reunión Técnico informático de c/ unidad Jefe médico de c/unidad Jefe de Salud Mental (SM) Licenciada de Enfermería (LE)	3 act. /hora	3 hs/ reunión	Técnico informático 10 hs 6 hs jefe médico /mes Jefe de SM 6 hs médicas/mes LE 6 hs/mes
2.1.2. Realizar actividades de promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades más prevalentes.	Jefe médico de cada unidad	10 actividades/año/unidad	1-2 act/mes	Salón recreativo de la unidad Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MEFACO) Aux. de Enf.(AE) u operador INR	1 act. de promoción de salud/hora 1 act. de enf. más prevalentes/hora	Duración 1 hora cada acto o taller	Folletería, papelería, lápices, colores, ppt. 1 MEFACO, 2 hs/mes 1 AE o 1 operador de INR, 2 hs/mes
2.1.3. Seleccionar y dotar de médicos y especialistas en base a las necesidades sanitarias de cada centro de salud.	Médico DT y equipo de gestión de SAI-PPL	En función de la categoría de la unidad y equipos de salud.	1 act/mes	Jefe médico de cada unidad	En función de la categoría	Permanente	Número de funcionarios / unidad en función de la categoría.
2.1.4. Seleccionar promotores de salud, de operadores previamente capacitados y asignarles funciones de detección y seguimiento intra módulo.	Jefe médico de cada unidad	1 promotor en salud/cada 100 PPL	5 act. de capacitación	Personal de salud y personal de INR.	1 operador realiza el seguimiento/1 vez sem	Permanente	Materiales didácticos de promoción en salud. 1 operador con 20 horas semanales.

Dimensión Sociocultural:

2.1.5. Adecuar los centros de salud para disponer de al menos 1 referente de salud (usuario privado de libertad) para cada 100 personas en cárcel de varones.	Jefe médico de cada unidad o un operario INR	1 ref en salud/100 PPL	—	PPL/elección de ref.	1 referente salud realiza al menos 3 act por semana	1 hora/sem Durante 6 meses	Materiales didácticos de promoción. 1 PPL referente con 4 hs mensuales cada 100 PPL
2.1.6. Diseñar programas socioeducativos que permitan la finalización de estudios secundarios en el tiempo de encarcelamiento.	Referente en educación de cada unidad	Al menos 5 propuestas diferentes de Primaria, Secundaria y UTU	Registro de nivel educativo al ingreso	1 operario INR Realización de 1 formulario de ingreso y seguimiento	Todos los ingresos/ Nivel Educativo	Permanente	Planilla de Ingreso y planilla de seguimiento de avance escolar. 3 maestras con 20 horas/semana 1 operario INR 40 hs/sem

Dimensión Salud Mental:

2.1.7. Implementar un dispositivo de abordaje de consumo problemático de sustancias (Evaluación, Diagnóstico, Intervención y Seguimiento).	Médico DT y Jefe de SM	1 Dispositivo para uso y consumo de drogas en cada unidad	Acondicionar policlínica; Contratar Toxicólogo y operadores terapéuticos	1 toxicólogo 1 psiquiatra 1 trabajador social 1 Médico General (MG) 1 operador terapéutico Instrumentos de diagnóstico y evaluación de drogas	Al menos 25 a 30 ingresos por mes a la unidad	Permanente	Unidad de Internación, insumos de policlínica. Médico DT 2 hs/sem Jefe SM 4 hs/sem 1 toxicólogo con 20 hs/sem 1 psiquiatra 20 hs/sem 1 trabajador social 20 hs/sem 1 MG 20 hs 1 operador terapéutico 40 hs
2.1.8. Dotar un programa de salud mental, con un conjunto de psicólogos y psiquiatras para los usuarios con antecedentes de patología de SM (IAE y LAI).	Jefe de SM de ASSE y de Sanidad Policial	1 psiquiatra por unidad mayor a 70 PPL cada 100 PPL 1 psicólogo por 50 PPL	Planificar consultas en PNA	1 psicólogo 1 psiquiatra Planilla de evaluación de enfermedades de SM, protocolos de IAE y LAI	Al menos 10 ingresos nuevos por mes/seguimiento de 50 pacientes por mes.	2 años, evaluación semestral	Protocolos de acción, programas operativos. 1 psicólogo cada 50 ppl 20 hs/sem. 1 psiquiatra por unidad con más de 70 PPL 20 hs/sem cada 100 PPL

2.1.9. Capacitar a los MG así como el resto del personal de salud de los centros penitenciarios, en atención de la salud mental para que desde allí cuenten con las herramientas necesarias para la atención de las PPL, sobre todo consumo de sustancias e IAE que fueron los dos más grandes problemas detectados.	Médico DT	Todos los MG y MEFACO de PNA deben tener la capacitación	2 a 3 capacitaciones individuales	Lectura de materiales. Talleres y capacitación virtual. MG y MEFACO	3 talleres, 2 capacitaciones virtuales en 1 semestre	6 meses	Capacitación virtual a través de cursos online 1 coordinador de SM con 15 hs técnicas de capacitación MG y MEFACO (supeditado al cantidad de médicos por unidad según categoría)
2.1.10. Implementar terapias grupales guiadas por un profesional de SM.	Jefe de SM	Al menos 2 grupos terapéuticos en cada unidad	Sesiones 2 veces por sem	Modalidad taller	2 sesiones de 1 hora cada una	6 meses	Materiales didácticos. 1 profesional de SM con 20 hs por sem por grupo terapéutico

Dimensión SSYR e ITS:

2.1.11. Entregar preservativos en cada consulta.	LE de cada unidad	Entrega de 5 preservativos en cada control	1 entrega por cada consulta	En asistencia clínica directa, talleres de SSYR 1 AE	Cada usuario cuenta con preservativos en cada control	—	1 caja de preservativo por semana. 1 AE 20 hs/sem
2.1.12. Realizar tests rápidos a cada usuario cada 6 meses en las consultas (opcional).	LE de cada unidad	1 test rápido por cada control semestral	1/ppl/control semestral	En las consultas de PNA y urgencia 1 AE	Detección de casos nuevos de ITS cada 6 meses	Semestral	Tests y reactivos rápidos de HIV Y VDRL. 1 AE por policlínica, 4 hs/policlínica.
2.1.13. Elaborar una policlínica específica de abordaje de las ET (HIV, Hepatitis B, C, etc.)	Médico DT Médico de Infectología.	1 policlínica de ET por cada unidad	2 consultas de Infecto/sem	Infectólogo de referencia L.E. de referencia	Todas las captaciones/controlos periódicos	Semanal	Insumos de policlínica y medicamentos específicos. 1 infectólogo con 20 hs/ sem 1 LE 24 hs/sem

Dimensión ENT:

2.1.14. Diseñar una policlínica de tabaquismo.	Médico DT	1 policlínica de tabaquismo por unidad	2 consultas especializadas/sem	1 Médico de referencia de unidad para Tabaquismo	Consultas en policlínica individual y grupos terapéuticos	Semanal	Insumos para policlínica, métodos de cesación tabaco. 1 MEFACO para policlínica 10 hs/sem por unidad
2.1.15. Diseñar un comedor penitenciario basado en una alimentación saludable con el apoyo de cocineros y nutricionistas asignados para la tarea.	Médico DT y Dirección de INR.	Al menos 2 comidas principales balanceadas	Reunión con nutricionista, planificación de insumos alimentarios	Nutricionista de la Unidad con plan de alimentación saludable	Controles a diario por el equipo técnico de INR	Semanal	Alimentos saludables, ingredientes, infraestructura de cocina adecuada, entrega de alimentos con frecuencia adecuada Cada cocina cuenta con 10 ppl para preparar los alimentos Nutricionista de la unidad, 36 hs/sem según No de PPL
2.1.16. Diseñar un centro de deporte integral para realizar actividades deportivas orientadas con profesor de educación física.	Director de INR y Profesor de Educación Física (EF)	5 jornadas por semana (L a V, de 8 a 16 hs.) con prof de EF	Actividades recreativas, de esfuerzo, de fitness	Gimnasio disponible, Prof de EF (1/ unidad)	Planes individuales, grupales, equipos deportivos, etc	Anual	Equipos de deportes, instrumentos de ejercicio físico, materiales de aparatos, etc. 1 prof EF 40 hs/sem para cada unidad

Dimensión de Violencia Intracarcelaria:

2.1.17. Realizar actividades de prevención de violencia y promoción de la convivencia saludable.	LE de cada unidad Jefe de SM	Actividades en cada unidad y regionales	En un semestre al menos 6 actividades	Dictar talleres, aplicación protocolos L.E. o equipo de SM	1 actividad de promoción y prevención por mes de 2 hs	Anual	Folleto, presentaciones audiovisuales. 1 MEFACO por cada unidad (2 hs/sem). 1 L.E. 2 hs/sem/unidad
2.1.18. Registrar, caracterizar, y cuantificar los eventos violentos intracarcelarios que llegan y se diagnostican en la emergencia.	Jefe de SM	Registro de eventos en todas las unidades	1 formulario por cada evento de violencia	Aplicación de protocolo de violencia institucional/ abuso sexual 1 adm.	1 protocolo por cada PPL que describe violencia intracarcelario en PNA y urgencia	Permanente	Formularios de violencia institucional en policlínicas y urgencias. 1 adm. /unidad 20 hs/sem

Dimensión Accesibilidad							
2.1.19. Aumentar las horas de policlínica de atención rápida intra módulo.	Médico DT	3 policlínicas por semana intra-módulo	Planificar el cronogram a semanal del equipo de salud	Hs policlínica de MG y enfermería	Cada policlínica de 3 hs	Permanente	Insumos de policlínica. 1 MEFACO por módulo 9 hs/sem 1 AE 9 hs/sem

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Proponer un plan de seguimiento para el PPL con controles periódicos.

3.1. META: Lograr que la totalidad de los usuarios tengan un plan de abordaje individualizado por el médico de referencia.

TABLA 3.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CONCENTRACIÓN	TOTAL DE ACTIVIDADES	INSTRUMENTO	RENDIMIENTO	TIEMPO DE USO	CANTIDAD DE RECURSOS
3.1.1. Diseñar un protocolo de ingreso con una valoración médica al inicio (se registran antecedentes personales, características socioculturales y laborales, problemas de salud, etc).	Jefe médico de unidad	1 a 5 policlínicas de ingreso de PPL a las unidades penitenciarias según la categoría de la unidad	1 entrevista de ingreso	Historia clínica 1 MG	1 protocolo de ingreso por PPL en la primera consulta	30 minutos	Consultorio de ingreso. Equipo de salud de ingreso. 1 MG/1 AE con 20 hs sem cada uno
3.1.2. Derivación al equipo especializado (SM, integración social, entre otros) en base al diagnóstico sanitario del ingreso.	Equipo de salud de atención de ingreso Jefe médico de unidad.	1 o 2 equipos especializados	Contra referencias en cada control de ingreso.	Historia clínica y formularios de contra referencia	Cada PPL con su contra referencia oportuna	1 semana cada derivación	Formulario de contrarreferencia. 1 MEFACO/ 1 AE con 20 hs/sem cada uno por equipo
3.1.3. Pautar un esquema individualizado de intervenciones de seguimiento, es decir, cada 3 a 6 meses, o control anual, según la situación de cada recluso.	Jefe médico de unidad. Equipo de PNA.	Control de seguimiento cada 6 meses	Controles, paraclínica y estudios en policlínica	Historia clínica y lista de problemas	Cada PPL con 2 a 3 controles en salud por año	30 minutos en cada control de salud	Personal de salud para PNA. 1 MEFACO/ AE con 20 hs/sem cada uno por cada equipo de control de seguimiento

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Mejorar los procesos de referencia/contrarreferencia del PNA intrapenitenciario con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.

4.1 META: Disminuir los tiempos de espera en la coordinación con el segundo y tercer nivel de atención en un 25%, y un aumento de disponibilidad de cupos de 50% para PPL en centros de tercer nivel para el segundo año de implementación del programa.

TABLA 4.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CONCENTRACIÓN	TOTAL DE ACTIVIDADES	INSTRUMENTO	RENDIMIENTO	TIEMPO DE USO	CANTIDAD DE RECURSOS
4.1.1. Realizar reuniones de los equipos de salud de PNA con los equipos referentes de segundo y tercer nivel de atención	Médico DT	6 reuniones anuales	Al menos 1 reunión con todos los integrantes de los diferentes niveles.	DT de PNA, de segundo y tercer nivel de atención	1 reunión bimensual	1-2 horas	Sala de reuniones del centro de salud de PNA. DT con 16 2 hs bimensuales
4.1.2. Instrumentar la contrarreferencia del segundo y tercer nivel con el PNA.	Médico DT Médico jefe de cada unidad	Generar una unidad de enlace para las unidades penitenciarias	Se ingresan solicitudes de especialistas y se envía a unidad de enlace quien devuelve fechas a unidades	Sistema de gestión informático de ASSE 1 adm.	2 unidades de enlace (que se distribuyen de acuerdo a la población de cada unidad)	20 hs sem	2 médicos destinados a realizar todas las contrarreferencias de los PPL 20 hs/sem cada uno 2 LE con 30 hs/sem cada uno Formulario de contrarreferencia
4.1.3. Diseñar unidad de coordinación específica para el traslado PPL a tercer nivel u otros centros de salud en la comunidad para las unidades con mayor número de PPL	Médico DT Médico Jefe de cada Unidad	Unidad de enlace que coordine los traslados no urgentes desde inicio a destino	Recepción de fecha de evento, comunicación a unidad, coordinación con INR	Unidad de coordinación central	1 unidad de coordinación central y 1 subequipo territorial	30 hs/sem	Un equipo de 2 adm. en central de 30 hs/sem cada uno 2 móviles para traslados

4.1.4. Creación de un área específica de PPL en centros de segundo y tercer nivel de atención	Dirección de ASSE Dirección de Sanidad Policial DT de cada prestador	1 área específica para PPL o aumento de cupos para PPL en áreas comunes	Aprobación de área o solicitud de nuevos cupos	Sistema de gestión de ASSE Dirección de INR Dirección Sanidad Policial Director de c/prestador	En los próximos 6 meses tener el 80 % de las áreas	6 meses	2 adm de 20 hs/sem cada uno Sala de reuniones 2 hs semanales de cada dirección
4.1.5. Contactar directamente con las unidades de atención en salud en comunidad, previo a la salida del recluso, si precisa asistencia clínica y especializada de inmediato a su egreso.	Jefe Médico de la Unidad	Cada recluso debe tener su contrarreferencia con el prestador en la comunidad	Al pre egreso (3 meses antes) se coordina estudios y controles en la comunidad	Depende del equipo de Unidad de enlace	Todos los usuarios PPL deben tener su pre egreso clínico 3 meses previos a su salida	3 meses pre egreso	1 adm. con 20 hs/sem de unidad de enlace.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Implementar un sistema de mejora de los registros médicos de las PPL.

5.1 META: Lograr que el 95% de los usuarios privados de libertad estén registrados y tengan su historial médico penitenciario en sistema informatizado.

TABLA 5.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CONCENTRACIÓN	TOTAL DE ACTIVIDADES	INSTRUMENTO	RENDIMIENTO	TIEMPO DE USO	CANTIDAD DE RECURSOS
5.1.1. Crear el sistema informático de registros médicos penitenciarios, en el que cada recluso tendrá su HCE, así como el registro de otros aspectos sociales (situación laboral, formación educativa, vivienda, constitución familiar, etc.).	Jefe de Sistema informático de prestador sanitario.	Cada unidad debe instalar la HCP en el PNA y urgencia	Instalar el Sistema informático electrónico penitenciario (SIEP) en la unidad	SIEP 1 técnico informático	Todas las unidades con su SIEP instalado en 3 meses	3 meses	3 técnicos en informática con 20 hs/sem cada uno
5.1.2. Fortalecer las bases de datos de registros médicos (HCE, sistematización de las consultas y motivo de la consulta, etc.).	Médico DT y Jefe de Sistema Informático	Cada PPL debe tener su registro médico en la HCP	Usar la HCP en cada oportunidad asistencial del usuario	SIEP	Todos los médicos a usar el SIEP en 3 meses	3 meses	Personal de salud Monitores varios 3 técnicos en informática con 20 hs/sem cada uno.
5.1.3 Realizar la interconectividad entre HCE de los distintos prestadores con la HCP usando la HCEN de AGESIC.	Médico DT y Jefe de Sistema Informático	Cada PPL debe tener su HCP completa y visible en la comunidad al egreso	Generar el nexo con la HCE externa de su prestador	SIEP - HCE	Todos los usuarios tienen su SIEP actualizado con la comunidad en 3 meses	3 meses	3 técnicos informáticos con 20 hs/sem cada uno.

Total de recursos:

RRHH

Horas médico DT: 20 hs/sem. Coordinador de SM 15 hs/sem. Jefatura de SM 10 hs/sem. Jefatura médica de cada unidad 2 a 4 hs/sem. MEFACO 65 hs/sem. por unidad. MG 60 hs/sem. por unidad. LE 72 hs/sem. unidad. AE 96 hs/sem. por unidad. Nutricionista 36 hs/sem

por unidad. Técnico informático: 190 hs/sem. Operador INR 60 hs/sem. según No de PPL por unidad. PPL referente 4 hs/sem cada 100 PPL. Maestras 60 hs/sem. Prof. EF 40 hs/sem/unidad. Psicólogo 20 hs/sem cada 50 PLL. Infectólogo 20 hs/sem según No de policlínicas de Infectología. Psiquiatra 20 hs/sem según No PPL de la unidad, 20 hs/sem para la unidad de internación. Profesional de SM 20 hs/sem por grupo terapéutico. Operador terapeutico 40 hs/sem. Toxicología 20 hs/sem. Trabajador social 20 hs/sem por unidad supeditado al No de PPL. Administrativos 120 hs/sem para el PNA y 20 hs /sem por unidad. Las horas totales de RRHH está supeditado al número de PPL por unidad y a la cantidad de consultorios.

RRMM

2 móviles para traslados equipados. Folletería, papelería y material impreso, monitores, escritorios, sillas, camillas y otros insumos de atención médica según el número de consultorios, supeditado a la cantidad de PPL por unidad.

XI. CRONOGRAMA

El desarrollo del programa se elaborará en un plan piloto de inicio de dos años (24 meses). En este tiempo, se cumplirán los objetivos específicos (1 al 5) en etapas simultáneas o separadas, según la acción específica.

	PRIMER AÑO	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO	SEGUNDO AÑO
	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
1. Describir el diagnóstico de situación de las PPL.				
2. Organizar el PNA				
3. Proponer un plan de seguimiento del usuario privado de libertad.				

<p>4. Mejorar la referencia/contrarreferencia del PNA intrapenitenciario con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.</p>				
<p>5. Implementar un sistema de mejora de los registros médicos de las PPL.</p>				

XII. TABLA DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN (RESULTADOS)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Objetivos Específicos (OE))	INDICADORES
RESULTADOS de OE 1	Describir el diagnóstico de situación de las PPL.	Nº de problemas de salud tratados/Nº de problemas de salud analizados
RESULTADOS de OE 2	Organizar el PNA de los distintos centros penitenciarios en función de los principales problemas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de consultorios de PNA/total de unidades. - Nº de especialistas/1000 PPL. - Nº de PPL captados/Nº de PPL controlados
RESULTADOS de OE 3	Proponer un plan de seguimiento para el usuario privado de libertad con controles periódicos.	- Nº de controles en salud/controles totales
RESULTADOS de OE 4	Mejorar la referencia/contrarreferencia del PNA intrapenitenciario con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de PPL trasladados/Nº de coordinaciones - Nº de consultas con especialistas realizadas/ Nº de consultas con

EVALUACIÓN (RESULTADOS)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Objetivos Específicos (OE))	INDICADORES
		especialistas coordinadas por mes
RESULTADOS de OE 5	Implementar un sistema de mejora de los registros médicos de las PPL.	-Nº de HC registradas en HCEA/total de ingresos de PPL por mes.

EVALUACIÓN (PROCESOS)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Actividades)	INDICADOR
PROCESO de Actividades de OE1	<p>1.2.1. Identificar problemas en el diagnóstico agrupándolos en principales dimensiones para abordar.</p> <p>1.2.2. Coordinar reuniones con los referentes de cada centro para informar y discutir los resultados en vistas a la organización del servicio.</p>	<p>- Nº de problemas de salud/Nº de dimensiones del diagnóstico de salud</p> <p>- Nº de reuniones/total de horas médicas</p>
PROCESO de actividades de OE2	<p>2.1.1. Fijar horarios y días de reunión del equipo de salud responsables del PNA así como la periodicidad de las mismas.</p> <p>2.1.2. Realizar actividades de promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades más prevalentes.</p> <p>2.1.3. Seleccionar y dotar de médicos y especialistas en base a las necesidades sanitarias de cada centro de salud.</p> <p>2.1.4. Seleccionar promotores de salud de operadores previamente capacitados y asignarles funciones de detección y seguimiento intra módulo.</p> <p>Dimensión Sociocultural: 2.1.5. Adecuar los centros de salud para disponer de al menos 1 referente de salud (usuario privado de libertad) para cada 100 personas en cárcel de varones. 2.1.6. Diseñar programas socioeducativos que permitan la finalización de estudios secundarios en el tiempo de encarcelamiento.</p> <p>Dimensión Salud Mental: 2.1.7. Implementar un dispositivo de abordaje de consumo</p>	<p>- Nº de reuniones realizadas/total de reuniones planificadas</p> <p>- Nº de talleres realizados/Nº de talleres programados.</p> <p>- Nº de Especialistas por unidad/Nº de policlínicas especializadas. -No de médicos/total ppl</p> <p>- Nº de operadores capacitados/Nº total de operadores</p> <p>- Nº de referentes de salud/100 PPL</p> <p>- No de PPL realizando estudios secundarios/total de PPL</p> <p>-Implementación del</p>

EVALUACIÓN (PROCESOS)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Actividades)	INDICADOR
	<p>problemático de sustancias (Evaluación, Diagnóstico, Intervención y Seguimiento).</p> <p>2.1.8. Dotar un programa de salud mental, con un conjunto de psicólogos y psiquiatras para los usuarios con antecedentes de patología de salud mental (IAE y LAI).</p> <p>2.1.9. Capacitar a los MG así como el resto del personal de salud de los centros penitenciarios, en atención de la salud mental para que desde allí cuenten con las herramientas necesarias para la atención de las PPL, sobre todo consumo e IAE que fueron los dos más grandes problemas detectados.</p> <p>2.1.10. Implementar terapias grupales guiados por un profesional de salud mental.</p> <p>Dimensión SSYR e ITS:</p> <p>2.1.11. Entregar preservativos en cada consulta.</p> <p>2.1.12. Realizar tests rápidos a cada usuario cada 6 meses en las consultas (opcional).</p> <p>2.1.13. Elaborar una policlínica específica de abordaje de las ET (HIV, Hepatitis B, C, etc.)</p> <p>Dimensión ECNT:</p> <p>2.1.14. Diseñar una policlínica de tabaquismo y grupos terapéuticos para 50 personas.</p> <p>2.1.15. Diseñar un comedor penitenciario basado en una alimentación saludable con el apoyo de cocineros y nutricionistas asignados para la tarea.</p> <p>2.1.16. Diseñar un centro de deporte integral para realizar actividades deportivas orientadas con profesor de educación física.</p> <p>Dimensión de Violencia Intracarcelaria:</p> <p>2.1.17. Realizar actividades de prevención de violencia y promoción de la convivencia saludable.</p> <p>2.1.18. Registrar, caracterizar, y cuantificar los eventos violentos intracarcelarios que llegan y se diagnostican en la emergencia.</p> <p>Dimensión Accesibilidad:</p> <p>2.1.19. Aumentar las horas de policlínica de atención rápida intra módulo.</p>	<p>dispositivo de abordaje de consumo de sustancias</p> <p>-Programa de salud mental</p> <p>-Capacitación al personal de salud en atención en SM</p> <p>- N° de especialistas de SM contratados/N° de especialistas convocados</p> <p>-implementación de terapias grupales</p> <p>-N° de preservativos entregados/consulta.</p> <p>-Realización de tests rápidos en las consultas c/6 meses</p> <p>-Elaboración de la policlínica de ET</p> <p>-implementación de la policlínica de tabaquismo</p> <p>-N° de tabaquistas/policlínica.</p> <p>-implementación de un comedor penitenciario</p> <p>-N° de prof. EF/N° unidades</p> <p>- N° de actividades educativas realizadas/No actividades planificadas</p> <p>- N° de eventos de violencia registrados/semana</p> <p>-No hs de policlínica de atención rápida/No PPL por módulo</p>
<p>PROCESO de actividades de OE3</p>	<p>3.1.1. Diseñar un protocolo de ingreso con una valoración médica al inicio (se registran antecedentes personales, características socioculturales y laborales, problemas de salud, etc).</p>	<p>-No protocolos de ingresos completados/No de total de PPL</p>

EVALUACIÓN (PROCESOS)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Actividades)	INDICADOR
	<p>3.1.2. Derivación al equipo especializado (SM), integración social, entre otros) en base al diagnóstico sanitario del ingreso.</p> <p>3.1.3. Pautar un esquema individualizado de intervenciones de seguimiento, es decir, cada 3 a 6 meses, o control anual, según la situación de cada recluso.</p>	<p>-No de derivaciones/total de ingresos PPL</p> <p>-No intervenciones de seguimiento/PPL en equipo de SM/año</p>
PROCESO de actividades de OE4	<p>4.1.1. Realizar reuniones de los equipos de salud de PNA con los equipos referentes de segundo y tercer nivel de atención</p> <p>4.1.2. Instrumentar la contrarreferencia del segundo y tercer nivel con el PNA.</p> <p>4.1.3. Diseñar una unidad de enlace específica para el traslado PPL a tercer nivel u otros centros de salud en la comunidad.</p> <p>4.1.4. Creación de un área específica de PPL en centros de segundo y tercer nivel.</p> <p>4.1.5. Contactar directamente con las unidades de atención en salud en comunidad, previo a la salida del recluso, si precisa asistencia clínica y especializada de inmediato a su egreso. De esta forma, el recluso tiene una asistencia de salud continúa, en la transición del sistema penitenciario hasta su regreso a condición de libertad.</p>	<p>-No de reuniones realizadas con el segundo y tercer nivel de atención/No reuniones planificadas</p> <p>-No de consultas con especialistas o derivaciones al segundo o tercer nivel/No de consultas coordinadas</p> <p>-implementación de la unidad de enlace</p> <p>-implementación del área específica para PPL en el segundo y tercer nivel de atención</p> <p>-No de PPL con consultas coordinadas al egreso/Egreso total PLL/año</p>
PROCESO de actividades de OE5	<p>5.1.1. Crear el sistema informático de registros médicos penitenciarios, en el que cada recluso tendrá su HCE, así como el registro de otros aspectos sociales (situación laboral, formación educativa, vivienda, constitución familiar, etc.).</p> <p>5.1.2. Fortalecer las bases de datos de registros médicos (HCE, sistematización de las consultas y motivo de la consulta, etc.).</p> <p>5.1.3 Realizar la interconectividad entre HCE de los distintos prestadores con la HCE penitenciaria usando el sistema HCEN de AGESIC.</p>	<p>-No de HCE/total de PPL</p> <p>- Nº de unidades con sistema HCE instalado</p> <p>-implementación de la interconectividad HCE y HCEN</p>

EVALUACIÓN (ESTRUCTURA)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Recursos)	INDICADOR
Estructura	Describir el diagnóstico de situación de las PPL	- No total de PPL/año

EVALUACIÓN (ESTRUCTURA)	OBJETO DE EVALUACIÓN (Recursos)	INDICADOR
Recursos de OE 1		No de médicos/total PPL - Relación de médicos/enfermeros cada 1000 PPL - No hs policlínica realizada/policlínicas potenciales - No hs. especialista/1000 PPL - No PPL con indicación de psicofármacos/total de PPL - No psicofármacos/día
Estructura Recursos de OE 2	Organizar el PNA en función de los principales problemas de salud.	- N° de policlínicas de especialistas/unidad - N° de dispositivos drogas/unidad - N° de operadores capacitados/dispositivo - N° MEFACO/módulos
Estructura Recursos de OE 3	Proponer un plan de seguimiento para el usuario privado de libertad con controles periódicos.	- N° de planillas de seguimiento/total de PPL - N° controles salud/consulta de policlínica.
Estructura Recursos de OE 4	Mejorar los procesos de referencia/contrarreferencia del PNA intrapenitenciario con los servicios del segundo y tercer nivel de atención.	- N° de pacientes trasladados/1000 PPL - N° de asistencias en segundo y tercer nivel/1000 PPL
Estructura Recursos de OE 5	Implementar un sistema de mejora de los registros médicos de las PPL.	- N° de HCEA/1000 PPL

XIII. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Estudio de Mercado

- Demanda

La PPL es una demanda desatendida por el resto de las instituciones siendo de 13.835 para 2021 un 0,40 % de la población de Uruguay.

- Oferta

La oferta de servicios de salud para la PPL fuera del centro penitenciario es limitada y su acceso dificultoso, debido a la existencia de los llamados “cupos PPL” en los centros de salud no penitenciarios y de las condiciones de traslados de PPL con los problemas que esto lleva aparejados.

Aspectos Técnicos

El apuntalamiento del PNA en los centros penitenciarios permitirá una mejora en los niveles de salud de la población penitenciaria. De esta manera pueden disminuirse las consultas de emergencia por descompensación aguda de patologías crónicas así como beneficiar al control de las enfermedades infecciosas altamente prevalentes en dicha población así como las enfermedades dentro de la salud mental, en conjunto con otras medidas como el deshacinamiento de dichos centros. El empoderamiento de los reclusos sobre su salud promueve los estilos de vida saludable, la mejora de la salud colectiva dentro de este grupo de personas y la mejora continua. La baja de descompensaciones de salud así como el mejor control de las enfermedades crónicas disminuye los traslados con sus efectos perjudiciales.

Aspectos administrativos

En el aspecto administrativo creemos que debe llevar a una transformación de la forma en los registros médicos, en los procesos de trabajo y en el enfoque para entender a los centros de reclusión como lugares de promoción de salud. Esto implica la redistribución de personal para focalizarse en la atención de las PPL así como enfocarse en la prestación de servicios de salud dentro del ámbito carcelario, con sus propias particularidades.

Aspecto institucional

Desde el aspecto institucional, observamos que puede ser factible supeditado a las relaciones interinstitucionales que realice el INR con otras instituciones y para ello es muy importante su apertura. Entendemos que el apoyo de UDELAR y ASSE, generando la formación de recursos especializados dentro de los centros carcelarios es de suma importancia. Esto desde el punto de vista institucional mejora la imagen de la institución, genera relacionamiento con la población carcelaria lo que favorece el cambio en primer punto de la mirada de los profesionales hacia los centros de reclusión, permitiendo la ciencia dentro de los mismos, con estudios que permitan evidenciar nuevas carencias y plantear soluciones “desde dentro”.

Aspecto financiero

Desde el punto de vista financiero, para este plan se pueden utilizar diversas formas de financiación. Puede ser financiado mediante fondos propios del INR, fondos gubernamentales provenientes de presidencia a través del Ministerio de Economía y Finanzas, (en forma de partidas excepcionales), financiamiento mediante fideicomisos financieros, participaciones público-privadas (como las realizadas para obra vial o en la nueva cárcel de Punta de Rieles).

El retorno de la inversión no será de tipo económico directamente sino en la mejora de la salud de las personas con un gran impacto a nivel de la comunidad y del país, con su correlato en lo económico posterior.

Presupuesto

Se espera una inversión de 15 millones de dólares del Presupuesto anual de la Rendición de cuentas de 2022 de ASSE destinado en un monto del 70% para los centros de salud de las PPL y la implementación del programa.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, N., Vélez-Grajales, V. (2019). *Dentro de las prisiones de América Latina y el Caribe: una primera mirada al otro lado de las rejas*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Alvarado, N., Villa Mar, K., Jarquín, M.J., Cedillo, B., Forero, D. (2020). *Las cárceles de América Latina y el Caribe ante la crisis sanitaria del COVID-19*. Recuperado de: <https://www.iadb.org/es>
- Benavidez, N., Canepa, R. (2005). Uso de la epidemiología en la planificación de los servicios de salud. *Hospital Alemán*. (34): 67-82.
- Centro de Información Oficial de Uruguay (2022). Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/>
- Duque, J. (2011). El desafío de la interinstitucionalidad como estrategia de gestión en programas de formación avanzada. *Unipluriversidad*. Universidad de Colombia. 11 (3).
- Galli, S., Bretschneider, W. (2019). Puntos de vista de los reclusos que envejecen sobre los servicios de salud en las prisiones suizas. *J Appl Gerontol.*;38(3):365-385.
- García-Guerrero, J., Marco, A. (2012). Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Rev Esp Sanid Penit*, (14): 106-113.
- Harald, H. (2009). Caminos hacia la atención psiquiátrica en los sistemas penitenciarios europeos. *Behavioral Sciences & the Law*. (27): 5.
- Juanche, A., Palummo, J. (2012). *Hacia una política de Estado en privación de libertad. Diálogo, recomendaciones y propuestas*. (Ed) SERPAJ Uruguay.

- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M. (2016). Estrategia de Atención Integral, Promoción y Prevención en los centros de privación de libertad. Uruguay. OPS.
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M. (2016). Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad en Uruguay. Montevideo, OPS (I), 103.
- Monclús, M. (2020). Procuración Penitenciaria de La Nación. La atención a la salud en las cárceles federales : percepciones de las personas detenidas, diagnóstico y recomendaciones. *Procuración Penitenciaria de la Nación*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires : 200.
- Petit, J.M. (2020). *Cárcel, dignidad y derechos humanos. Comisionado Parlamentario Penitenciario del Uruguay*. Recuperado de <https://www.iadb.org/>
- 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”. (2016). OPP.
- Rodríguez Alcalá, F.J, et al. (2003). Planificación sanitaria (I): Medicina de Familia y Comunitaria. *SEMERGEN*;29(5):244-5-
- Rodríguez Alcalá, F.J, et al. (2003). Planificación sanitaria (II): Desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *SEMERGEN*;30(4)180-9.
- Villanueva Castilleja, R (2017). Situación penitenciaria en México. Educación Social. *Revista d’Intervenció Socioeducativa*, 67, 91-99.
- World Prison Brief, Institute for Crime & Justice Policy Research. 2020. Recuperado de <https://www.prisonstudies.org/>.

XV. ANEXOS

Anexo A

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

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

Sobrepeso y Obesidad	40.2%	39.1%	56.8%	27.2%
Antecedente de sobrepeso y obesidad	9.8%	9.4%	16.8%	15.7%
Tiempo diario promedio sentados o recostados (en horas)	6	6	5.1	5.3
Más de 10 hs. diarias sentado o recostado	16.2%	16.2%	16%	17.1%
Nunca consumo de frutas ni verduras	23.4%	21%	56%	5.6%
Nunca consumo de frutas	54.6%	53.8%	68%	12%
Consumo de frutas y/o verduras todos los días	46%	47%	26%	74%
Consumo de sal agregada a la comida siempre	65.9%	67%	45%	21%
Fumadores de tabaco	73.9	73.7%	76.6%	81%
Expuestos al humo por 7 días en espacio cerrado	86.4	87%	75%	90%
Otros aspectos de morbilidad				
Incidencias de Enfermedades infecciosas respiratorias actuales	28,5%	28%	36%	35%
Asma como motivo de internación	2.2%	1.7%	8.7%	2.3%
Antecedentes de Tuberculosis		4.4%	3.9%	0

Aspectos de salud sexual y reproductiva					
No recibe visitas íntimas		59.9%	58.4%	82.2%	96%
Uso de condón en visitas íntimas		13.9%	14.4%	6.6%	2.7%
Relaciones sexuales en reclusión por fuera de las visitas íntimas		4.5%	4.4%	6.6%	0.9%
Uso de condón en las relaciones sexuales fuera de las visitas íntimas		12.3%	12.5%	8.1%	11.2%
Antecedente de ITS en los últimos 2 años		6,5%	5.7%	20.7%	1.5%
	Sífilis	3.6%	3.3%	8%	0
	HPV	0.5	0	7.7	0.5%
	Gonorrea	0.3	0.3%	0	0
Test rápido de VIH positivo		1.3%	1.2%	2.7%	0
Tiempo desde ultimo PAP > 3 años o Nunca				28.7%	
Antecedente de abuso sexual o violación en reclusión		1.3%	0.9%	6.6%	2.6%
Aspectos de salud mental					
No recibe de visitas		19.1%	18%	29%	7%
Visitados por	padres	58.1%	59%	44%	81%
	hijos	30.9%	30%	48%	14%
	pareja	52.5%	54%	28%	23%
	amigos	15.4%	15.4%	14.3%	0
Frecuencia de visitas semanal		52.7%	53%	51%	86%
Lesiones auto infligidas con hospitalización		17.9%	18%	13.7%	7%
Antecedente Ideación suicida en reclusión		22.4%	22.5%	22.3%	16%

Antecedente de intento de autoeliminación		13.2%	13.3%	12.1%	11.6%
Intento de autoeliminación en último año		8.2	8.3%	6.4%	9,8%
Consumo de sustancias psicoactivas (Prevalencia de consumo en el último mes)	Alcohol	7%	7.3%	2.7%	2.6%
	Marihuana	33.1	35%	8%	28%
	Pasta Base	4.7%	5%	1%	1%
	Cocaína	2.7%	2.8%	1%	5.3%
	Psicofármacos sin indicación	18.5%	19%	6.6%	17.7%
Aspectos vinculados a la salud bucal					
Dolor o malestar en los dientes o boca en el último año		38%	38%	37%	40%
No cepillado dental diario		11.7%	12%	7%	7%
Menos de 10 dientes naturales		9.3%	9%	15.4%	0
Con 20 o más dientes naturales		65.7%	66%	57%	90%

Aspectos vinculados a la hospitalización					
Incidencia de lesiones que requirieron atención médica.		22.2%	22.4%	17.2%	30.5%
Proporción de lesiones que requirieron hospitalización		37%	38.5%	11%	43%
Causas de las lesiones que requirieron hospitalización	Herida con objeto cortante	46.8%	48.3%	18.4%	10.4%
	Golpes por 1 o más personas	15.9%	15,5%	23.7%	18%
	Caída	13.9%	14%	5%	22%
	Golpes con un objeto	11.9%	12%	9%	3%
	Arma de fuego	7%	7%	3%	24%
	Intoxicación	1.8%	1%	9%	6%
Lesiones intencionales por agresión		49%	49%	50%	51%
Lesiones por accidentes		32.5%	32%	36.5%	41.4%
Causas de hospitalización en reclusión	Enfermedades crónicas	6.5%	4.7%	34.5%	4.7%
	Enfermedades agudas	8.8%	8%	16%	6%
	Intervenciones quirúrgicas	11.2	10.7%	20.4%	12%
Barreras percibidas para la atención sanitaria					
Percepción de barreras para la atención urgente		42%	42%	32%	34%
Causas percibidas de barreras para la atención urgente	Personal de custodia	30.4%	31%	20%	15%
	Otras PPL	1.3%	1.3%	1.5%	4%
	Personal de salud	6.4%	6.2%	9%	7%
	Otras	3.3%	3%	4%	2%

