



**Ciencias Sociales**  
**Universidad de la República**  
URUGUAY

Universidad de la República

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

Informe Final de Pasantía de la Licenciatura en Sociología:

Análisis del Registro de Planteos y Denuncias de la Oficina del Comisionado

Parlamentario Penitenciario

**Katerina Caraballo**

Tutora: Dra. Ana Vigna

Referente: Lic. Santiago Sosa

2025

## **Agradecimientos**

A mí madre, que no me pudo ver ni empezar ni culminar esta etapa de mi vida, pero que me acompaña en cada parte de mí.

A mi padre, que me apoyó en todos mis vaivenes durante la carrera, y quien seguro estará más feliz que yo de ver esta etapa terminada.

A Santiago y Ana por guiarme en este camino.

A cada docente de la Facultad de Ciencias Sociales por aportar a mi formación.

A cada persona de la Oficina del Comisionado por recibirme.

¡Gracias infinitas!

## Índice

I. Introducción.....	4
II. Plan de trabajo y actividades .....	5
1. Objetivos.....	5
2. Actividades .....	5
2.1. Revisión bibliográfica.....	6
2.2. Exploración y depuración de la base de datos RPD .....	6
2.3 Análisis de la base del RPD.....	7
III. Descripción del Registro de Planteos y Denuncias (RPD) .....	8
IV. Productos Resultantes .....	9
1. Revisión bibliográfica.....	9
2. Exploración, depuración y consolidación de la base .....	15
3. Análisis del RPD.....	18
3.1. Análisis descriptivo.....	18
3.2 Análisis cualitativo.....	38
V. Reflexiones Finales .....	56
VI. Autoevaluación .....	58
VII. Bibliografía.....	60
VIII. Anexo.....	63

## I. Introducción

Uruguay ha sido un país que se ha destacado por sus avances en materia de derechos humanos, especialmente en las últimas décadas con lo que se conoce como nueva agenda de derechos, así como por sus buenos indicadores de bienestar social. Pese a esto, la situación de las personas privadas de libertad (PPL) en nuestro país es muy diferente. El sistema penitenciario uruguayo es un espacio en el que se vivencian diariamente violaciones a los derechos humanos, con condiciones de detención que varios organismos consideran de trato cruel, inhumano y degradante. Hacinamiento crítico, déficit de atención en salud y salud mental, violencia interpersonal, mala alimentación, entre otras, son problemáticas que presentan nuestras cárceles. Luis Parodi comenta al respecto que “es necesario que la democracia incorpore a las cárceles”<sup>1</sup>, que no es otra cosa que decir que es necesario que se garanticen los derechos de las PPL en toda su amplitud.

Ante la vulneración a los derechos humanos de las personas privadas de libertad se hace importante la existencia de organismos de control externos que tengan mecanismos para el monitoreo de estas situaciones. En este contexto, Uruguay cuenta con la Oficina del Comisionado Parlamentario (OCP). La figura del Comisionado Parlamentario Penitenciario fue creada por la ley 17.684 en el año 2003 y tiene como principal función el asesoramiento al Poder Legislativo en materia penitenciaria en base a la normativa nacional e internacional, realizando recomendaciones que se ajusten a ellas y que tienden a una búsqueda de mejora del sistema penitenciario uruguayo. Además, tiene entre sus competencias la supervisión de la actividad de los organismos que administran los centros penitenciarios, llevar a cabo inspecciones en los mismos, y realizar estudios e informes sobre la situación de las personas privadas de libertad y los establecimientos penitenciarios.

Como parte de su trabajo en el monitoreo de los establecimientos penitenciarios y su defensa a los derechos humanos, las y los asesores reciben denuncias y planteos ante situaciones de vulneración a los derechos de las PPL, a partir de las cuales llevan a cabo acciones de respuesta. Los planteos son registrados en el Registro de Planteos y Denuncias (RPD), cuyos datos son analizados en el contexto de esta pasantía, no sólo como fuente de información de la actuación de la OCP, sino como posible instrumento para el análisis en materia de vulneración de los derechos de las PPL.

---

<sup>1</sup> De su participación en el XV Espacio de Innovación Penitenciaria: 75 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos. 50 años del Golpe de Estado. *Cárceles, un desafío para la Democracia*.

## II. Plan de trabajo y actividades

### 1. Objetivos

**1.1. Objetivo General:** Colaborar con la OCP realizando un análisis del Registro de Planteos y Denuncias sobre violaciones de los derechos de las personas privadas de libertad para el período 2021-2023.

### 1.2. Objetivos específicos

- Realizar una exploración de la base de datos sobre planteos y denuncias.
- Realizar un análisis de los datos que permita dar cuenta del volumen y características de los planteos y denuncias recibidas por la OCP, así como de las características de las PPL objeto de los planteos y denuncias.
- Comparar los datos del RPD con otros indicadores elaborados por la OCP.
- Llevar a cabo un análisis más exhaustivo de algunos de los focos temáticos que aparecen en el registro, tomando en cuenta un período de tres meses para cada año estudiado (2021 a 2023), a los efectos de realizar propuestas de mejora en la clasificación de focos temáticos existente actualmente.
- Elaborar un informe en base a los resultados obtenidos.

### 2. Caracterización de la pasantía y actividades realizadas

La pasantía en la Oficina del Comisionado Parlamentario tuvo lugar entre los meses de julio y noviembre de 2024, llevándose a cabo de manera presencial en la oficina cuatro días a la semana, completando 15 horas semanales. Para la misma se elaboró un Plan de Trabajo<sup>2</sup> entre los meses de marzo y junio junto con la tutora y el referente del centro receptor, en el cual se plantearon los objetivos de la pasantía, las actividades para alcanzarlos y el cronograma de trabajo para los 5 meses en que tendría lugar la misma. A continuación, se detallan las actividades realizadas durante la misma para alcanzar los objetivos planteados anteriormente.

---

<sup>2</sup> Ver Plan de Trabajo en Anexo.

## **2.1. Revisión bibliográfica**

En la primera parte de la pasantía se realizó una revisión bibliográfica en la que, por un lado, se indagó sobre las normativas y protocolos internacionales que no sólo funcionan como marco regulatorio de la situación de las cárceles y de las personas privadas de libertad, sino que establecen un marco normativo para la defensa de los derechos humanos de las personas privadas de libertad. Además de que esta normativa es la que guía el accionar de la OCP. Por otro lado, se realizó un repaso de los informes anuales elaborados por la OCP sobre la realidad del sistema penitenciario uruguayo. Este resultó importante para dar cuenta del contexto en el que se desarrollan los planteos y denuncias a analizar, y entender las principales problemáticas del sistema. Por último, se llevó a cabo una revisión de antecedentes nacionales sobre la atención en salud y la salud mental en el ámbito penitenciario, con el fin de ayudar a dar contexto al análisis de los casos del RPD relacionados a la temática de salud, salud mental y adicciones.

## **2.2. Exploración y depuración de la base de datos RPD**

La base de datos RPD presenta algunos problemas que ya fueron retratados por Taks (2021), siendo dos de particular relevancia. En primer lugar, hay un problema de duplicación de casos. En segundo lugar, la incompletitud de algunos campos del registro, ya sea debido a la falta de información que posee quien denuncia o la necesidad de quien toma la denuncia de agilizar el registro, hace que se prioricen algunos campos por sobre otros, dejando datos del formulario incompletos. Esto provoca que haya variables con alto porcentaje de missing, algo que supone un desafío para el análisis.

Para hacer frente a estas problemáticas, y poder alcanzar el objetivo específico 1, en primer lugar, se emprendió un proceso de eliminación de todos los casos duplicados de la base RPD. Si bien se lograron eliminar estos casos, luego de comenzado el análisis se volvieron a presentar casos de duplicaciones, que afectaba el proceso de depuración hecho al inicio. En segundo lugar, se realizó una selección de aquellas variables que serían relevantes para el análisis posterior, y se identificaron los niveles de missing de cada una. A partir de información presente en otras variables o en la descripción de las denuncia o planteo se pudo reducir el porcentaje de missing de las variables sexo, establecimiento, foco temático y módulo/piso.

## **2.3 Análisis de la base del RPD**

### **2.3.1. Análisis descriptivo**

Se realizó un análisis univariado y bivariado de tipo descriptivo, en el cual se presentan las frecuencias relativas y absolutas de la base RPD. En primer lugar, se da cuenta de la evolución en el registro en el sistema RPD, tanto de nuevos casos como de casos ya registrados para el período 2016 a 2023, así como la distribución de las intervenciones durante ese período. En segundo lugar, se realiza el análisis para el período 2021-2023, presentando los datos del RPD a partir de otras variables. En primer término, se presentan los datos de algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad y la nacionalidad. Luego, se presentan los datos a partir de la variable establecimiento, comparando entre las unidades de la zona metropolitana y del interior. También a partir de la clasificación de las condiciones de reclusión elaborada por la OCP que distingue unidades con buenas oportunidades para la integración social, unidades con insuficientes condiciones para la integración social y unidades que presentan trato cruel, inhumano y degradante. Estas variables son además comparadas con los datos de población penitenciaria proporcionados por la OCP para poder dar cuenta de la cobertura que existe en la oficina de diferentes grupos, como puede ser las mujeres, los extranjeros, los jóvenes. En tercer término, se presentan las frecuencias de la variable foco temático<sup>3</sup>, así como su distribución cruzada con las variables sexo y establecimiento. Por último, se exponen los datos de otras tres variables: asesor actual, lugar de la entrevista y solicitante. Las frecuencias y los gráficos fueron realizados con el programa estadístico SPSS y con Excel. El análisis descriptivo permite alcanzar los objetivos específicos 2 y 3.

### **2.3.2. Análisis cualitativo**

En una segunda fase se realizó un análisis de contenido de las denuncias y planteos que corresponden a los temas “salud”, “salud mental” y “adicciones”, complementándolo con dos entrevistas semiestructuradas a dos asesoras de la OCP, para lograr un acercamiento a estas problemáticas desde el punto de vista de quienes responden a ellas en el día a día. La elección de profundizar en los focos temáticos relacionados a la salud se debe a que, como se verá más adelante en los resultados del análisis, las denuncias y planteos sobre temas de salud son las más frecuentes en el RPD para el período 2021-2023. Además, las problemáticas en salud y

---

<sup>3</sup> La variable “foco temático” hace referencia al tema del que trata la denuncia y planteo, por ejemplo, “salud”, “condiciones de reclusión” o “amenazas”.

salud mental están íntimamente relacionadas con las muertes en custodia, ya que en muchas de ellas se evidencian fallas asistenciales que podrían haber evitado la muerte. (OCP, 2021,2022, 2023) Esta parte del análisis permite dar cuenta del objetivo específico 4.

### **III. Descripción del Registro de Planteos y Denuncias (RPD)**

El Registro de Planteos y Denuncias (RPD) es, tal como indica su nombre, un registro de planteos que realizan las personas privadas de libertad, así como sus familias o allegados, ante la violación de sus derechos dentro del sistema penitenciario. Estas denuncias se reciben de manera telefónica, en entrevistas presenciales en la Oficina o en visitas que realizan los y las asesoras a los centros penitenciarios. El mismo se trata de un formulario que contiene 57 variables, y en el que se registran datos personales, información sobre la situación judicial de la persona y los datos sobre la problemática denunciada.

El RPD tiene la particularidad de que su unidad de análisis no está bien definida, por lo que no está claro si es la persona privada de libertad y la denuncia o planteo. De todas formas, cada formulario registrado en el RPD pertenece a una PPL, por lo que en cada uno de ellos pueden haber más de una denuncia o planteo, además de otro tipo de intervenciones que registran las y los asesores. Algo importante a destacar es que estas descripciones de las denuncias o planteos son escritas por las y los asesores en base al discurso de las PPL o de la persona que realiza la misma. Así, a partir de la información recolectada, los asesores y asesoras intervienen para buscar darle respuesta a la problemática planteada.

No existe un protocolo extendido entre las y los asesores para el registro en el RPD, es por esto que se presentan dos problemas importantes con respecto al mismo. Por un lado, cada asesor/a prioriza qué información consultar efectivamente durante la entrevista en la que se recibe la denuncia o planteo, lo que da lugar a que una cantidad importante de variables del formulario no se completen. Por otro lado, no todas las denuncias o planteos recibidas son registradas digitalmente en el RPD. Esto puede tener varios motivos, como por ejemplo, que los asesores/as no tienen acceso al sistema por fuera de las oficinas del RPD, por lo que cuando visitan los establecimientos deben recoger la información en formato papel y luego traspasar la información al sistema digital. El problema es que, dado las características de la labor en la oficina, en la que cada asesor/a tiene varias tareas bajo su responsabilidad, el registro digital no se considera una prioridad. (Taks, 2021) Esto genera que haya una proporción desconocida de planteos y denuncias que se reciben que no forman parte del RPD.

## **IV. Productos Resultantes**

A continuación, se presentan los productos resultantes de las tareas llevadas a cabo en el marco de la pasantía en la OCP. Esta sección se divide en cuatro partes: en primer lugar, se realiza la presentación de la revisión bibliográfica y, en segundo lugar, se presentan los resultados de la exploración y depuración de la base. En tercer lugar, se desarrolla el análisis descriptivo de los datos de la base RPD y, por último, se presenta el análisis cualitativo de aquellos casos que tienen como tema la salud, la salud mental o las adicciones.

### **1. Revisión bibliográfica**

#### **1.1. Normativa y protocolos internacionales**

##### *1.1.1. Reglas de Mandela y Reglas de Bangkok*

Dos conjuntos de normas que funcionan como marco para las instituciones en materia de política penitenciaria son de gran relevancia. En primer lugar, las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, conocidas como Reglas de Mandela. Elaboradas por las Naciones Unidas en 1955 y actualizadas en 2015, significaron un primer paso en la elaboración de una normativa internacional sobre los derechos de las PPL. En este documento se establecen una serie de reglas y lineamientos en torno a diversas esferas que buscan garantizar condiciones de reclusión mínimamente aceptables. Entre estas se pueden destacar: gestión de los expedientes de los reclusos, alojamiento, higiene personal, alimentación, servicios médicos, restricciones, disciplina y sanciones, trabajo, instrucción y recreo, entre otros. Las PPL no deben perder más que su derecho a la libertad y se deben garantizar todos sus otros derechos, de forma de “reducir al mínimo las diferencias entre la vida en prisión y la vida en libertad que tiendan a debilitar el sentido de responsabilidad del recluso”. (ONU, 2015, p. 28)

En un contexto de aumento de la población femenina en conflicto con la ley, se hizo necesario realizar una revisión de la normativa con el fin de atender las particularidades a las que se enfrentan las mujeres. Por este motivo, en 2011, las Naciones Unidas elaboran las Reglas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes, o también denominadas Reglas de Bangkok, que dieron cuenta de que, en un sistema carcelario y penal creado esencialmente para los hombres, es necesario atender a las necesidades diferenciales que presentan las mujeres en conflicto con la ley. Estas reglas no suponen un sustituto de las Reglas de Mandela, sino un complemento a las mismas, y parten de dos principios: el principio de no discriminación y el principio de individualización. Se

entiende que para garantizar la no discriminación de las mujeres es necesario atender las características particulares que las afecta como población vulnerable en nuestra sociedad. En este sentido, en esta normativa se amplían algunos aspectos respecto al ingreso, acceso a la salud, atención en salud mental, así como se pone foco en aspectos que atañen a mujeres embarazadas, lactantes y mujeres con hijos en prisión, y en la importancia de incentivar las medidas alternativas, entre muchos otros aspectos.

### *1.1.2. Tratos crueles, inhumanos y degradantes*

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) estableció los lineamientos para todos los Estados en la garantía de la vida y la dignidad humana. En su artículo n° 5 establece: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. En 2001, se aprueba el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o Protocolo de Estambul, en el cual se presentan una serie de herramientas para los Estados con el fin de que puedan investigar con todas las garantías los casos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y así poder responder eficazmente ante los organismos judiciales u otros organismos de investigación. En esta misma línea, la ONU aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas con el objetivo de establecer una guía normativa para alcanzar los lineamientos planteados en la Convención contra la Tortura. En esta se recomiendan medidas a los Estados con el fin de prevenir y proteger a las personas contra la tortura y los tratos crueles.

Pero, ¿qué son los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes? La normativa internacional no tiene una definición establecida sobre a qué corresponden exactamente estos términos, pero según Rodley (1999) “el término trato o penas crueles, inhumanas o degradantes, debe ser interpretado de manera de extender la más amplia protección contra abusos físicos o mentales”. (Rodley en OCP, 2020, p. 30) Por su parte, Nowak (2012) considera que lo que diferencia a la tortura de los tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes es la intencionalidad de infligir dolor y la incapacidad de defensa de la víctima. En este sentido, los tratos crueles, inhumanos y degradantes no implicarían una intencionalidad de quien infringe dolor.

¿Y qué implican los tratos crueles, inhumanos y degradantes en prisión? De acuerdo con la OCP (2020), “las malas condiciones de la vida carcelaria pueden ser trato cruel, inhumano o degradante, aunque no exista una voluntad o propósito de las autoridades o del Estado de mantener esas condiciones con algunos de los fines (obtener información, castigar, discriminar)

establecidos en el Art. 4 de la Convención contra la Tortura”. (p. 33) Las carencias estructurales de los establecimientos penitenciarios privan a las PPL de los derechos humanos básicos y fundamentales, como es el derecho a la alimentación, el agua, la ropa, la salud, la privacidad, etc., y esto constituye trato cruel, inhumano y degradante, pues no hay una intencionalidad del Estado en infligir sufrimiento, pero falla en garantizar un mínimo de vida digna para las PPL.

## **1.2. Panorama del sistema penitenciario en Uruguay**

Una importante fuente de información sobre la situación de los centros penitenciarios en Uruguay es el Informe Anual que elabora la oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario. Según el último documento disponible, un avance del Informe Anual correspondiente al año 2023, Uruguay viene sufriendo un crecimiento continuo de la población carcelaria desde inicios de siglo que lo ha llevado a convertirse en el décimo país del mundo con mayor tasa de prisionización. Si bien la tasa de crecimiento anual ha ido disminuyendo en los últimos años (fue de 10,3% en 2021, de 5,2% en 2022 y 3,9% en 2023), no se sabe cuál será su límite (OCP, 2023, p. 84) Además, este crecimiento ha sido diferencial entre hombres y mujeres, pues mientras que la tasa de crecimiento de la población carcelaria masculina en 2023 fue de 3,7%, la femenina fue de 6,9%, continuando con una tendencia que viene de años, y que ha provocado un aumento de la participación femenina en el total de la población penitenciaria. Así, en 2019 las mujeres representaban el 5,2% de las PPL y en 2023 representaron el 7,3%. (ídem, p. 85) En cuanto a las características demográficas de la población privada de libertad, además de continuar siendo altamente masculinizada, también es principalmente joven (casi 2 de cada 3 personas privadas de libertad tiene menos de 35 años). Como se señala en el mismo informe, este crecimiento sostenido ha provocado un problema de hacinamiento en las prisiones, pues las personas encarceladas superan a la cantidad de plazas disponibles, alcanzando niveles críticos en algunos establecimientos. La situación en la que viven la mayoría de los presos no es propicia para que pueda llevarse a cabo un proceso de reinserción social satisfactorio, pues la situación de hacinamiento dificulta todas las áreas de la vida en prisión.

La OCP realiza un análisis de situación de las unidades penitenciarias a partir de variables claves y clasifica a las mismas en una especie de semáforo con tres categorías: 1- unidades con buenas oportunidades para la integración social (identificadas con el color verde), 2- unidades con insuficientes condiciones para la integración social (identificadas con color amarillo); y 3- unidades que presentan trato cruel, inhumano y degradante (identificadas con color rojo). Para

esta evaluación se toman en cuenta diferentes aspectos que se consideran fundamentales en base a la normativa nacional e internacional. Las dimensiones evaluadas son: condiciones edilicias, hacinamiento, encierro en celda/salida al patio, la oferta de programas (actividades educativas, laborales, culturales, deportivas o sociales), características de la convivencia y niveles de violencia, así como el rol educativo-pedagógico de las autoridades, mandos medios y operadores penitenciarios. (OCP, 2021, p.80) Las unidades consideradas con buenas oportunidades de integración social son aquellas que tienen *“acceso a la salud, educación, actividades productivas, buena convivencia, positiva relación pedagógica y educativa entre autoridades, funcionarios e internos, relacionamiento institucional abierto con la comunidad, relación con la familia, conocimiento de las autoridades de la situación de los internos, razonable situación edilicia (estructura, servicios, mobiliario, luz, agua, baño), capacitación, deporte y fomento de proyectos para el egreso”*. (OCP, 2021, p. 92) Por su parte, aquellas identificadas con color amarillo son unidades que han alcanzado algunos de los objetivos anteriores, pero de forma parcial, y que aún no han resuelto aspectos claves de la vida en prisión como ser el acceso a la salud, la seguridad, el acceso al patio, etc. Por último, la OCP clasifica como trato cruel, inhumano y degradante *“a aquellos lugares donde las condiciones implican una situación aflictiva que más allá de la penuria que provoca la pérdida de la libertad y donde las condiciones de convivencia, ya sea por uno, unos pocos o muchísimos factores, implican un sufrimiento que podría y debería evitarse (cruel), que atentaría contra la dignidad humana pues dificulta o impide el desarrollo de sus potencialidades (inhumano) o que, colocada en esa posición, la persona empeoraría y descendería en sus capacidades y posibilidades de una vida digna e integrada a la comunidad (degradante)”*. (ídem)

En base a esta clasificación, para el año 2023, el 43% de las PPL se encontraba en condiciones de trato cruel, inhumano y degradante, un 40% se encuentra en una situación donde las condiciones son insuficientes para la integración social y sólo un 17% se encuentra en unidades donde hay oportunidades para la integración social. Esto pone de manifiesto que las condiciones en las que se encuentran la mayoría de las PPL hacen difícil un proceso íntegro de rehabilitación y un acceso pleno a sus derechos.

En cuanto al Registro de Planteos y Denuncias, se pueden destacar dos antecedentes de análisis de esta base de datos. En primer lugar, en su informe de pasantía, Muriel Taks (2021) realiza un análisis crítico del formulario RPD, destacando sus debilidades y sugiriendo recomendaciones para fortalecer el sistema de registro de la oficina y mejorar la calidad de los

datos recabados. Por otro lado, en 2022 Keuroglián, Ouviña y Sosa realizaron un análisis descriptivo de las principales variables del RPD para el primer trimestre de 2022. En este se presentaron las distribuciones de las denuncias y planteos por sexo, edad, establecimiento, asesores y focos temáticos. Otro antecedente es el trabajo de Sosa, Taks y Vigna (2022), que realizaron un análisis de los planteos y denuncias del RPD con el fin de dar cuenta de los cambios en las demandas y problemáticas que enfrentaron las PPL a partir de la pandemia de Covid-19 en el país. Para esto se comparan las denuncias recibidas en el período enero-abril 2019 con las denuncias del mismo período en 2021 combinando metodologías cuantitativas (a partir del procesamiento descriptivo bivariado) con metodologías cualitativas (análisis de fragmentos de denuncias).

### **1.3. La salud en contexto de encierro**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la salud de las personas privadas de libertad se encuentra entre las peores entre cualquier grupo de población. Las PPL suponen un grupo que presentan peores niveles de enfermedades transmisibles y no transmisibles en comparación a la comunidad general. Las tasas de tuberculosis, HIV y hepatitis C de las PPL superan a las de la población general, situación que se ve agravada por el hacinamiento y la malnutrición que se vive en las prisiones. Además, las PPL son un grupo que presenta grandes problemas de salud mental y de adicción a las drogas, por lo que tienen mayores posibilidades de cometer suicidios. A esto se suma el sedentarismo producto de estar encerrados tantas horas en las celdas y los altos porcentajes de consumo de tabaco como aspectos que inciden en una peor situación de salud para las PPL. (OMS, 2014) Por su parte, en cuanto a las mujeres en prisión, su carácter de grupo minoritario en las cárceles ha hecho que gran parte de sus necesidades de salud sean ignoradas. Las mujeres suelen sufrir de problemas de salud mental en mayor medida que los hombres, siendo más propensas a autolesionarse. Además, las mujeres suelen presentar en mayor medida historial de violencia y abusos, algo que tiene un impacto en su salud mental. Otros problemas que sufren particularmente las mujeres son relacionados a la salud sexual y reproductiva y la drogodependencia. (OMS, 2011)

No existe una extensa literatura sobre los servicios de salud en prisiones en la región, pero se pueden destacar dos antecedentes. En primer lugar, en Argentina se llevó a cabo un trabajo en el que se realizó un diagnóstico de las condiciones sanitarias y de la atención en salud en las prisiones de los Servicios Penitenciarios Federales desde una perspectiva de derechos humanos

a partir de las percepciones de las PPL. En este estudio se muestran las grandes dificultades para acceder a una atención médica de calidad por parte de las PPL, debido a la falta de recursos y la alta demanda que existe. Por una parte, el personal de salud no cuenta con capacitación antes de comenzar a trabajar en contextos carcelarios y tampoco cuenta con información epidemiológica, de recursos y estructura de calidad. Las atenciones médicas son a partir de la demanda de las PPL y no existe un plan de control periódico. Además existen escasos planes de tratamiento para el consumo problemático de drogas y de salud mental. (PNN, 2020) Por otra parte, en Brasil se llevó a cabo una investigación sobre las condiciones de vida y salud en las prisiones de Río de Janeiro. En la misma las PPL muestran grandes insatisfacciones con los servicios brindados por el personal de salud, considerándolos insuficientes y negligentes. También muestran insatisfacción por la falta de actividades y la ociosidad en la que viven, así como por la calidad de la alimentación que se les brinda. A esto se suma el hecho de los malos tratos del personal de guardia cuando los reclusos piden por atención médica.

En cuanto al acceso a la salud por parte de las PPL en Uruguay no hay una gran literatura disponible, pero se pueden encontrar algunos antecedentes, especialmente de estudios epidemiológicos. En primer lugar, en 2016, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó adelante un diagnóstico en el que se evaluaron una serie de problemas de salud en una muestra aleatoria de 832 personas en 37 centros penitenciarios, tanto de adultos como de adolescentes. En este se evaluaron: antecedentes personales de patologías, infecciones de transmisión sexual (sífilis, VIH-Sida), tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, violencias, consumo problemático de sustancias psicoactivas, suicidios e intentos de autoeliminación, problemas de salud bucal y factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, así como algunas preguntas referidas a la atención de salud en los centros penitenciarios. Las PPL tienen una serie de factores de riesgo (mala alimentación, sedentarismo, consumo alto de tabaco, entre otras) que las hacen más propensas a enfermedades no transmisibles en comparación a la población general. Además, entre las personas que presentan alguna patología, es bajo el porcentaje que afirma recibir algún tipo de tratamiento, dando cuenta de las dificultades que existen en prisión no sólo para captar, sino para garantizar el cuidado y tratamiento de las PPL, convirtiendo a la población penitenciaria en una población subdiagnosticada y poco tratada. Además, es preponderante en esta población, especialmente entre los hombres y jóvenes menores de 19 años, la incidencia de las lesiones a causa de violencia, y es muy importante el porcentaje de personas que presentan ideas suicidas y que han tenido IAE. (Levcovitz, E. et al, 2015)

Un antecedente más reciente fue el diagnóstico de mujeres y personas trans llevado a cabo por la organización Nada Crece a la Sombra (NCAS) entre 2020 y 2021, en el cual se relevaron aspectos sobre su estado de salud, las prácticas del sistema de salud y la situación de las cárceles que habitan, replicando varios de los aspectos evaluados por la OPS en 2015. En la misma se detectaron varios problemas de acceso a la salud para las mujeres reclusas en unidad 5. Se destaca que *“hay problemas de infraestructura; en el acceso a especialistas porque implica traslados fuera de la cárcel; en la forma en la que se proveen los psicofármacos (y que sin quererlo es afín a la existencia de tráfico de pastillas); y en el seguimiento de los tratamientos que requieren una alimentación especial, entre otros”*. (NCAS, 2021, p. 37) Además, se destacan problemas con la atención de emergencias debido a la falta de personal custodial que acompañe a las PPL para su atención, así falta de formación en el personal de salud con respecto a la atención en contextos de encierro. A esto se suma que, el porcentaje de mujeres que percibe barreras en la atención ascendió de 32% en 2015 al 62%, siendo el personal de custodia identificado como la principal barrera (48%), seguido por el personal de la salud (42%). (ídem)

Una gran problemática sanitaria es el alto porcentaje de personas privadas de libertad que presentan un uso problemático de drogas. Al respecto, en Uruguay se puede destacar el estudio "Desarmando tramas: dos estudios sobre consumo de drogas y delito en población privada de libertad. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas" elaborado por investigadores de la Facultad de Humanidades en 2019. En el mismo se da cuenta de los altos niveles de consumo entre las PPL, siendo estos incluso superiores a los de la población general tanto en hombres como en mujeres. Estos patrones de consumo problemático existen desde antes de ingresar a prisión, pero la mayor parte de las PPL que lo presentan no reciben tratamiento para la adicción al momento de ingresar a las mismas, incluso cuando lo solicitan. Si bien en este estudio se reveló que existe una reducción del consumo de sustancias al ingresar a prisión en lo que refiere a aquellas drogas ilícitas como PBC o prohibidas como la marihuana, hay una percepción entre las PPL de que el acceso a ellas es fácil o muy fácil dentro de la prisión, lo que da cuenta de la existencia de un mercado interno de sustancias. Estos aspectos afectan la convivencia de manera negativa, intensificando la violencia y los conflictos al interior de las unidades penitenciarias. (Castelli et al, 2019)

## **2. Exploración, depuración y consolidación de la base**

Luego de realizada la revisión bibliográfica, se comenzó a trabajar con la base de Registros de Planteos y Denuncias (RPD) de la OCP. En primer lugar, se eliminaron los casos duplicados del sistema de registro. En todos los casos duplicados había dos fichas en existencias, la del

registro inicial y una posterior, por lo que se traspasó la información de la ficha más reciente a la primera, y se procedió a eliminar la ficha duplicada. En total había 87 casos duplicados, de los cuales se eliminaron 81, y 6 requieren de una revisión para verificar los datos dado que existen inconsistencias en los datos de la PPL registrada. De todas formas, para el análisis se eliminaron esos 6 casos duplicados.

Tabla 1. Cantidad de casos duplicados en la base RPD para el período 2016-2024.

<b>Casos duplicados</b>	
Casos eliminados	81
Casos en revisión	6
<b>Total</b>	<b>87</b>

Fuente: elaboración propia (2025)

En un segundo paso, a partir de la selección de las variables que formarán parte del posterior análisis, se identificaron la cantidad de casos que no contaban con datos para las mismas. Hay que tomar en cuenta que la cantidad de casos de la base para el período de análisis (2021-2023) es de 1846.

Tabla 2. Porcentaje de missing en las principales variables de análisis.

	<b>Variable</b>								
	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Establecimiento</b>	<b>Módulo /Piso</b>	<b>Foco Temático</b>	<b>Asesor Actual</b>	<b>Lugar de la entrevista</b>	<b>Solicitante</b>
<b>Casos sin dato</b>	<b>1254</b> (67,9%)	<b>527</b> (28,5%)	<b>817</b> (44,3%)	<b>57</b> (3,1%)	<b>445</b> (24,1)	<b>436</b> (23,6%)	<b>56</b> (3%)	<b>0</b> (0%)	<b>567</b> (30,7%)

Fuente: elaboración propia (2025)

La variable “sexo” es la que presenta mayores niveles de missing con 67,9%, seguida de “nacionalidad” con 44,2% y en tercer lugar “solicitante” con 30,7%. El porcentaje de missing de seis de las nueve variables utilizadas superan el 20%.

Se puede apreciar claramente que la variable “sexo” presenta un subregistro importante, y considerando que comparar planteos y denuncias entre hombres y mujeres era una parte esencial del análisis, la variable “sexo” se completó tomando en cuenta el establecimiento de

reclusión. De esta forma, si un caso tiene en la variable “Establecimiento” las categorías “N° 05 - Mujeres” o “N° 09 - Mujeres con hijos”, se le asigna el sexo “Femenino”, de lo contrario se le asigna el sexo “Masculino”. Esto se pudo realizar únicamente para las unidades de Montevideo, en el caso de las unidades del interior se tuvo que revisar caso por caso y asignar un sexo en base al nombre de la persona privada de libertad debido a que dichas unidades albergan población de ambos sexos.

Por su parte, para la variable “Establecimiento” se pudo completar este dato para 17 casos a partir de la información disponible en la descripción de la denuncia o planteo, reduciendo así el porcentaje de missing a 2,2%.

En el Plan de Trabajo también se había planteado como actividad “recategorizar aquellos casos en que la variable “Foco Temático” no esté presente para el período analizado”. La variable “Foco Temático” (FT) tenía una cantidad de casos sin dato igual a 435, con un porcentaje de missing del 23,6%. Debido a que es una variable relevante para el análisis, se buscó completar los datos de la misma para la mayor cantidad de casos posibles a partir de la información disponible en la descripción de la denuncia o planteo.

En total se completaron 381 casos, 124 para 2021, 141 para 2022 y 116 para 2023, reduciendo el porcentaje de missing a 2,9% para todo el período. A 53 casos no se les pudo asignar un foco temático por dos razones. En primer lugar, un total de 13 casos no tenían ninguna descripción de la denuncia o planteo, por lo que no se tenía ninguna información para poder asignarles un foco temático. En segundo lugar, hubo un total de 40 casos contaban con información incompleta en la descripción que no hizo posible asignar un foco temático acorde a la misma.

Tabla 3. Cantidad de casos a los que se les asignó foco temático por año. 2021-2023.

	2021	2022	2023	Total
Casos sin FT	140	161	133	<b>434</b>
Casos con FT asignado	124	141	116	<b>381</b>
Casos sin FT asignado	16	20	17	<b>53</b>

Fuente: elaboración propia (2025)

Por su parte, de los 381 casos que pudieron ser completados, a 217 casos se les asignó 1 foco temático, a 131 casos se les asignó 2 focos temáticos, a 30 casos se les asignó 3 focos temáticos y a 3 casos se les asignó 4 focos temáticos. El foco temático más asignado fue “Traslados”, seguido de “Salud” y en tercer lugar “Cond. de reclusión”. (Ver Tabla 13 en Anexo para acceder a la distribución completa de todos los casos categorizados).

Por último, se trabajó con la variable módulo/piso. La misma presentaba inicialmente un porcentaje de missing del 24,1%. Para intentar reducir el mismo, se buscó completar esta información a partir de la información disponible en otras variables como “Sector”, “Celdas”, “Otras notas” y la descripción de la denuncia o planteo. Luego de este proceso se redujo el porcentaje de missing apenas en un 3%, siendo finalmente de 21%. También esta variable presentaba otras dos dificultades: en primer lugar, ésta es una variable abierta en el formulario RPD, lo que da lugar a que cada asesor registre la misma información de formas diferentes. En segundo lugar, en una misma variable se pueden registrar dos datos diferentes: el módulo o el piso. Para resolver estos problemas se realizó una recodificación de la variable en la que se registró sólo el módulo y se excluyó el piso, y también se estandarizó la forma de registro de cada módulo de cada unidad.

### **3. Análisis del RPD**

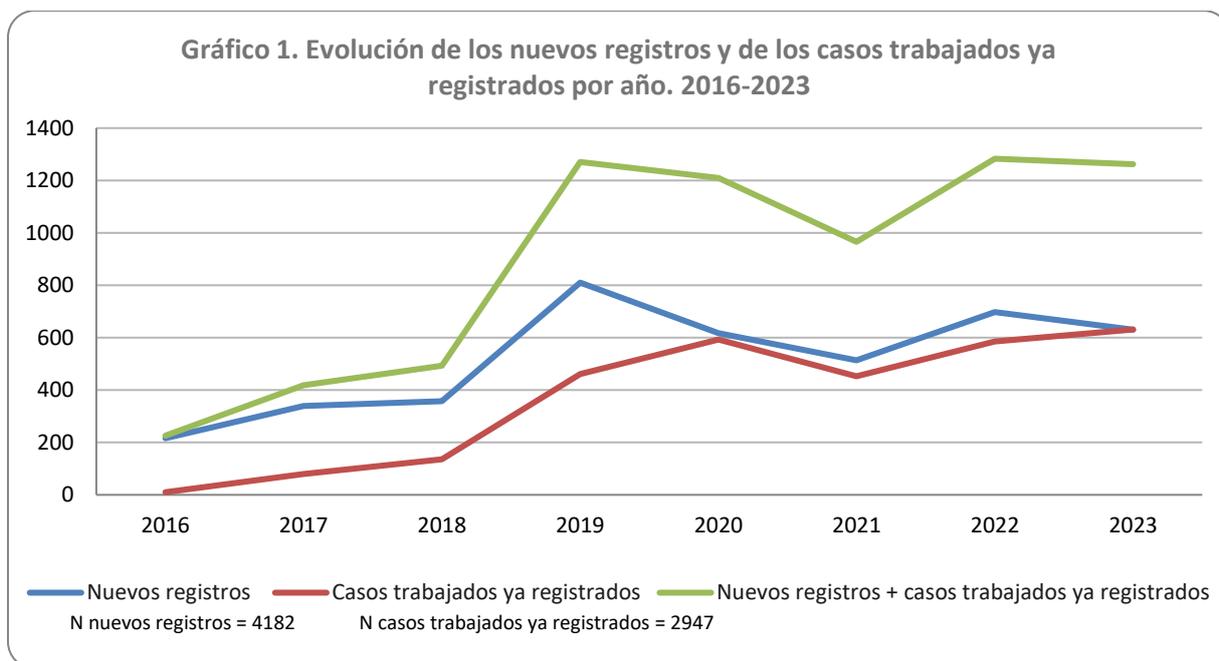
#### **3.1. Análisis descriptivo**

##### **3.1.1. Evolución de los casos trabajados y registrados (2016-2024)**

El sistema de fichas (RPD) comenzó a implementarse en el año 2016, y a partir de entonces ha ido incorporándose como herramienta de registro de los asesores del Comisionado Parlamentario. Esto se puede ver reflejado cuando se observa la evolución que ha tenido la cantidad de nuevos registros y de casos trabajados ya registrados por año desde 2016.

Cada caso del RPD tiene, por un lado, la denuncia o planteo inicial que da lugar al registro en la base y, por otro, un historial de “intervenciones”. Estas “intervenciones” pueden ser nuevas denuncias o planteos, acciones que se llevaron a cabo desde la oficina para responder a una denuncia o planteo anterior, o nueva información sobre el caso. En este sentido, cuando se habla “nuevos registros” se hace referencia a la cantidad de casos que fueron registrados por primera vez en la base. Por su parte, cuando se habla de “casos trabajados ya registrados”, se está dando cuenta de aquellos casos que ya estaban registrados con anterioridad y a los cuales se les agrega una nueva “intervención” en su historial.

Observando el Gráfico 1, se puede notar que tanto el registro de nuevos casos y la cantidad de casos trabajados ya registrados han sufrido un aumento sostenido desde 2016, con algunas variaciones a lo largo de los años. En promedio, se registran 513 nuevos casos por año, con un máximo de 810 casos registrados en 2019 y un mínimo de 216 registrado en 2016. Por su parte, el promedio de casos trabajados ya registrados por año es de 434, con un máximo de 631 casos trabajados ya registrados en 2023 y un mínimo de 10 en 2016.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

La evolución de los nuevos registros fue constante los tres primeros años de implementación, pero en 2019 se observa un aumento sustancial. Este aumento sufrió una baja en 2020, algo que puede atribuirse a la pandemia de Covid-19, pues en ese año los y las asesoras pasaron a realizar sus labores en sus hogares y, al no tener acceso al sistema de registro de fichas desde sus computadoras personales, tuvieron que buscar otros medios de registro<sup>4</sup>. Además, disminuyeron las visitas a las unidades penitenciarias, que son la principal fuente de denuncias y planteos de la OCP. Algo que puede notarse es que en 2021 continuaron bajando los nuevos registros a pesar de que volvió a abrir la oficina, para luego volver a subir en 2022, año en que las medidas en torno al Covid-19 habían sido levantadas casi por completo.

Por su parte, los casos trabajados ya registrados tuvieron una evolución similar a los nuevos registros, con estabilidad los tres primeros años, y un crecimiento sustancial en 2019. A diferencia de los nuevos registros, el crecimiento de los casos trabajados ya registrados se sostuvo hasta 2020, marcando incluso el segundo año de mayor cantidad de casos trabajados desde que se implementó el RPD (593 casos trabajados). En el año 2021 se da una baja de poco más del 50% en los casos trabajados ya registrados con respecto a 2020, con únicamente 452

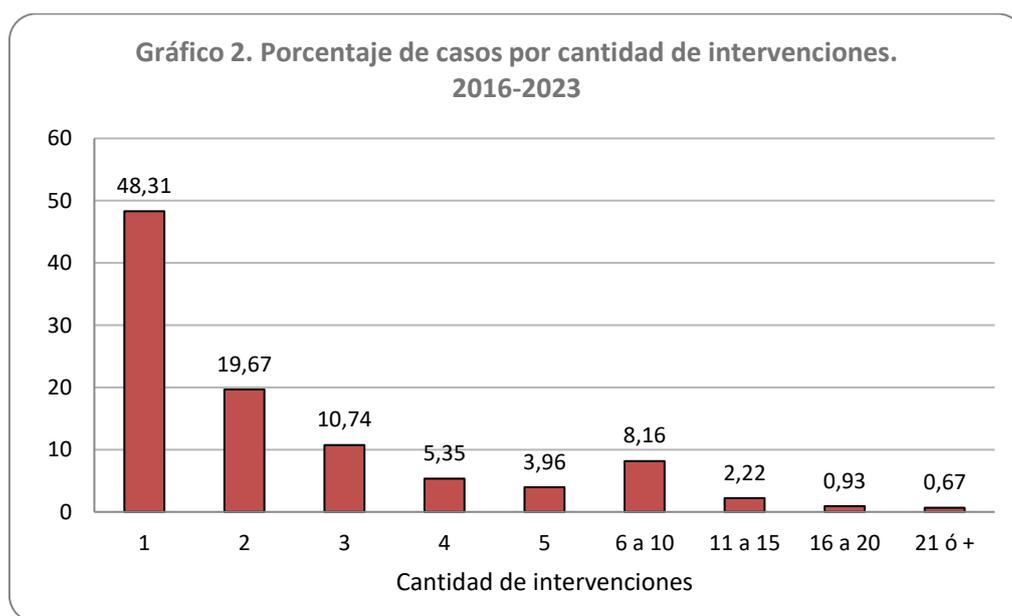
<sup>4</sup> En 2020 la OCP utilizó un sistema transitorio de fichas cuyos casos nunca fueron registrados en el RPD. En total fueron 96 casos.

casos trabajados. Al igual que los nuevos registros, en 2022 volvieron a aumentar los casos trabajados ya registrados y se mantuvieron en torno a los 600 casos en 2022 y 2023.

### 3.1.2. Cantidad de intervenciones

Como se dijo anteriormente, cada caso registrado en el RPD puede generar un historial de intervenciones o acciones (de aquí en más solo “intervenciones”) que pueden corresponder a nueva información sobre el caso, acciones o intervenciones que se llevaron a cabo desde la oficina con respecto a una denuncia o planteo, o nuevas denuncias o planteos.

En el siguiente gráfico podemos ver el porcentaje de casos por cantidad de intervenciones, algo que nos podría dar una pauta del seguimiento de los mismos. Como se puede ver en el Gráfico 2, el 48,31% de los casos presenta una sola intervención, la cual corresponde al registro inicial. Es decir, casi la mitad de los casos son registrados y luego no se vuelve a actualizar sobre el mismo. En el extremo opuesto, existe un porcentaje de casos que presentan más de 10 intervenciones (2,22% tiene entre 11 a 15, el 0,93% tiene entre 16 a 20, y 0,67% tiene de 21 a 25 actualizaciones). El mínimo de intervenciones es obviamente 1 (que corresponde al registro inicial), el máximo de intervenciones es de 88. Por su parte, la media de actualizaciones es de 2,8 y la mediana de 2.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

Es claro que con el tiempo las y los asesores de la oficina han ido incorporando el registro en el RPD como herramienta de trabajo, dejando registro de las denuncias y planteos, así como de su accionar en respuesta a las mismas cada vez con más frecuencia y constancia, aunque, como

se planteó anteriormente, aún no ha sido posible el registro del 100% de los casos atendidos y de las intervenciones realizadas. La falta de tiempo para registrar producto de la variedad de tareas, la falta de costumbre, el volumen de denuncias recibidas, las preferencias personales en cuanto al registro de la información, así como la imposibilidad de acceder a la base RPD desde las cárceles son algunas de las razones identificadas por las y los asesores para explicar el subregistro de los casos (Taks, 2021)

### **3.1.3. Análisis del RPD para el período 2021-2023.**

Para realizar un análisis más exhaustivo de los datos, se acotaron los años de análisis a 2021-2023. Durante este período, se trabajaron con 2331 casos, de los cuales 481 (20,6%) son casos que recibieron una intervención en el período analizado pero que fueron registrados por primera vez con anterioridad al 2021, mientras que los restantes 1848 casos (79,3%) son casos registrados por primera vez en el período 2021-2023.

Anteriormente se planteó que no existe claridad en torno a cuál es la unidad de análisis del RPD, si es la PPL o la denuncia o planteo. De todas maneras, para este trabajo se toma como unidad de análisis a la denuncia o planteo. Tomando esto en consideración, se tiene presente que la base de RPD tiene la particularidad de que no se pueden distinguir las intervenciones que corresponden a una denuncia o planteo de las que no lo son, exceptuando la primera que da inicio al registro de un caso. Es decir, el primer ingreso en la base de datos de RPD es el único ingreso que efectivamente sabemos que es una denuncia o planteo en sí mismo. Esto tiene como consecuencia que para incluir a los casos que tuvieron su primer ingreso en la base antes del 2021, es necesario revisar caso por caso para verificar que se trata de una denuncia nueva y no sólo es una actualización de un ingreso anterior.

Es por este motivo que solo se tomarán en consideración los 1848 casos que fueron registrados por primera vez en el período de análisis. Entre estos casos 2 fueron eliminados por duplicación, lo que reduce el N final a 1846 casos. Es por este motivo que solo se tomarán en consideración los 1848 casos que fueron registrados por primera vez en el período de análisis. Entre estos casos 2 fueron eliminados por duplicación, lo que reduce el N final a 1846 casos.

Tabla 4. Cantidad de casos que recibieron al menos una intervención por año. 2021-2023

<b>Año de registro</b>	<b>Cantidad de Casos</b>	<b>%</b>
<b>antes de 2021</b>	481	20,6
<b>2021</b>	514	22,1
<b>2022</b>	702	30,1
<b>2023</b>	632	27,1
<b>Sin dato</b>	2	0,1
<b>Total casos</b>	<b>2331</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

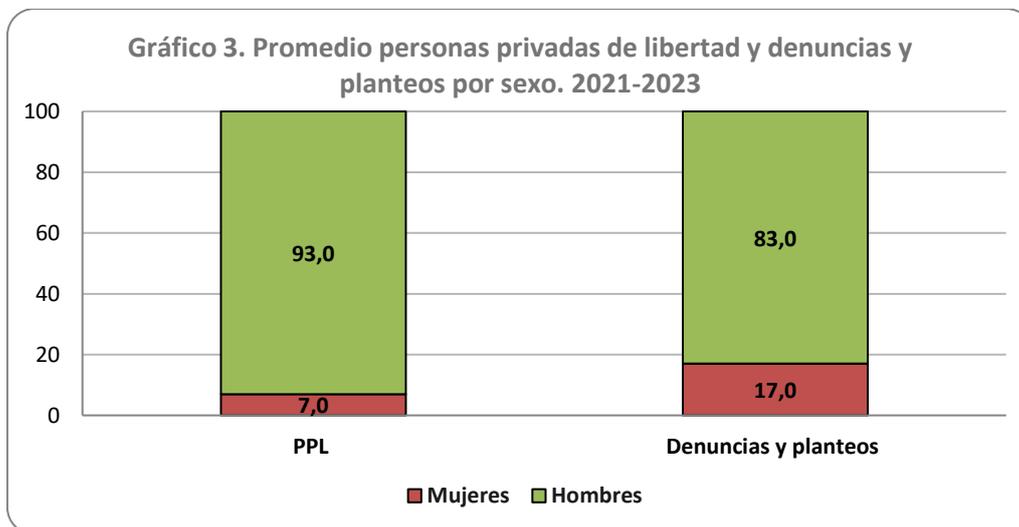
El análisis del RPD será un análisis descriptivo univariado y bivariado, y que puede dividirse en cuatro partes. En primer lugar, se realiza un análisis de los datos a partir de tres variables demográficas: sexo, edad y nacionalidad. En segundo lugar, se realiza un análisis de los datos a partir de la variable “establecimiento”, así como su distribución a partir de la variable dicotómica “establecimiento por zona” (interior/zona metropolitana). En tercer lugar, se presenta la distribución de la variable “foco temático” de forma univariada, así como su cruce con las variables “sexo” y “establecimiento”. Por último, se presenta el análisis de otras tres variables: “asesores”, “lugar de la entrevista” y “solicitante”. Es menester recordar que estos datos fueron depurados en el transcurso de esta pasantía, con la eliminación de los casos duplicados y la imputación de las categorías correspondientes en la variable sexo y foco temático.

### *3.1.3.1. Análisis sociodemográfico: sexo, edad y nacionalidad.*

Es importante conocer algunas de las características principales de la población del RPD, como forma de acercarse a un perfil de las personas que más realizan planteos y denuncias en la OCP. Para esto se presentan los datos de tres variables demográficas: sexo, edad y nacionalidad, y se las compara con los datos de población penitenciaria proporcionados por la OCP para el período 2021-2023 y en algunos casos para cada año independientemente. Es necesario recordar aquí que las variables edad y nacionalidad tienen porcentajes de missing significativos, siendo de 28,5% para edad y 44,3% para nacionalidad.

En primer lugar, respecto al sexo se puede observar que el 83% de las denuncias y planteos corresponden a hombres y el 17% a mujeres para todo el período. Si se compara con la distribución por sexo de la población privada de libertad presentados por la OCP, se puede notar una sobrerrepresentación de las mujeres, pues estas corresponden sólo al 7% de las personas privadas de libertad. Si consideramos las condiciones actuales de gran parte de las mujeres en el sistema penitenciario, se puede pensar que, en parte, esta sobrerrepresentación

de las mujeres en el RPD puede ser consecuencia de las condiciones de vida en la cárcel para las mujeres. El último Informe Anual presentado por la OCP (2023) muestra que el aumento de la población femenina reclusa desde hace varios años ha provocado una situación de hacinamiento crítico en la Unidad n°5, unidad que alberga a la mayor parte de las mujeres reclusas en nuestro país. Además, la densidad por sexo muestra una situación más desfavorable para las mujeres, pues de cada 100 plazas disponibles, hay 146 PPL mujeres, en comparación a los 118 reclusos por cada 100 plazas. Además, varios sectores de la unidad 5 y sectores femeninos de cárceles del interior se encuentran en situaciones de trato cruel, inhumano o degradante o de condiciones insuficientes para la integración social. Esta es una situación que perjudica todas las áreas de la vida en prisión: los servicios y bienes básicos de alojamiento, la gestión de actividades y programas, así como la convivencia. (OCP, 2023) Por otro lado, habría que tomar en cuenta que puede estar incidiendo la disparidad existente en la cantidad de casos registrados entre los asesores, siendo quienes visitan la unidad n°5 y n°9 las asesoras que más casos registrados tienen. Asimismo, se puede pensar que las mujeres sean más propensas a utilizar los canales legales disponibles para canalizar sus demandas.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

Si se observa la misma información para cada año del período, se puede notar que las denuncias y planteos de las mujeres se han mantenido en torno al 19% en 2021 y 2022, pero han sufrido un descenso notorio en 2023, pasando a representar el 12,2%, lo que significa una disminución del 42,96% con respecto a 2022 a pesar de que su proporción en la población total ha aumentado. Esto puede deberse a que la asesora que trabaja en la Unidad 5 y Unidad 9 estuvo

de licencia por maternidad en este último año, lo que disminuyó el número de visitas a esas unidades.

Gráfico 4. Porcentaje de personas privadas de libertad y denuncias y planteos por sexo. 2021

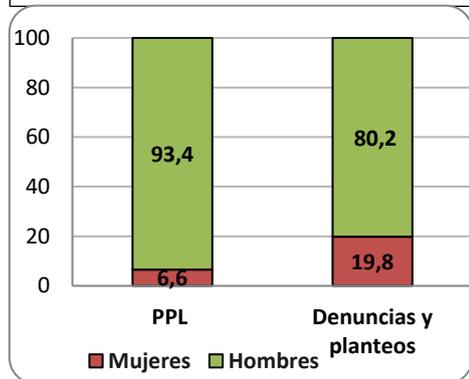


Gráfico 5. Porcentaje de personas privadas de libertad y denuncias y planteos por sexo. 2022

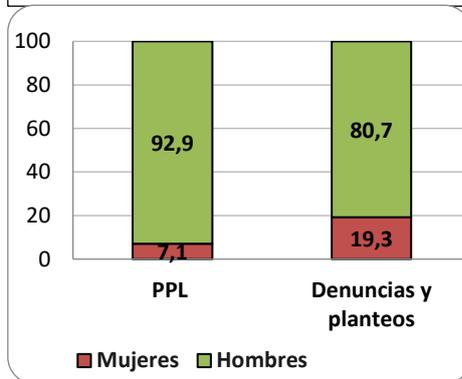
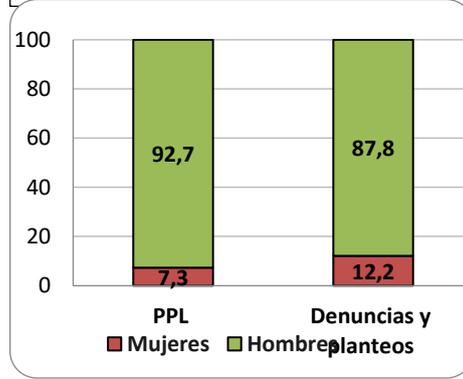


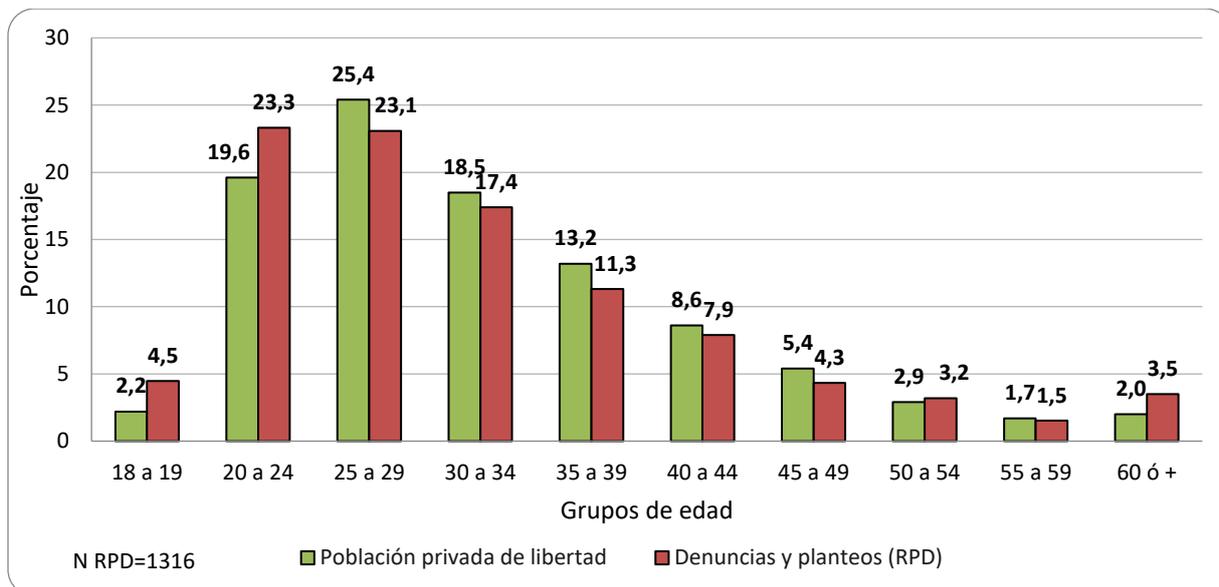
Gráfico 6. Porcentaje de personas privadas de libertad y denuncias y planteos por sexo. 2023



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

En cuanto a la edad, se puede notar que, para el período 2021-2023, quienes tienen entre 20 y 24 años son quienes presentan mayor porcentaje de planteos y denuncias (23,3%), seguidos por quienes tienen entre 25 y 29 años (23,1%) y en tercer lugar quienes tienen entre 30 a 34 años (17,4%). Además, si se comparan los datos del RPD con los datos de PPL por edad, se puede observar que hay una sobrerrepresentación de planteos y denuncias de las edades de 18 a 19 años, de 20 a 24 años y de 60 años o más. Mientras que las edades de 18 a 19 sólo representan el 2,2% de la población penitenciaria, suponen el 4,5% de las denuncias y planteos en el período 2021-2023. Por su parte, las personas de 20 a 24 años que representan el 19,6% de la población penitenciaria, implican el 23,3% de las denuncias y planteos. Y, por último, las personas de 60 años o más, que representan el 2% de la población penitenciaria, suponen el 3,5% de las denuncias y planteos.

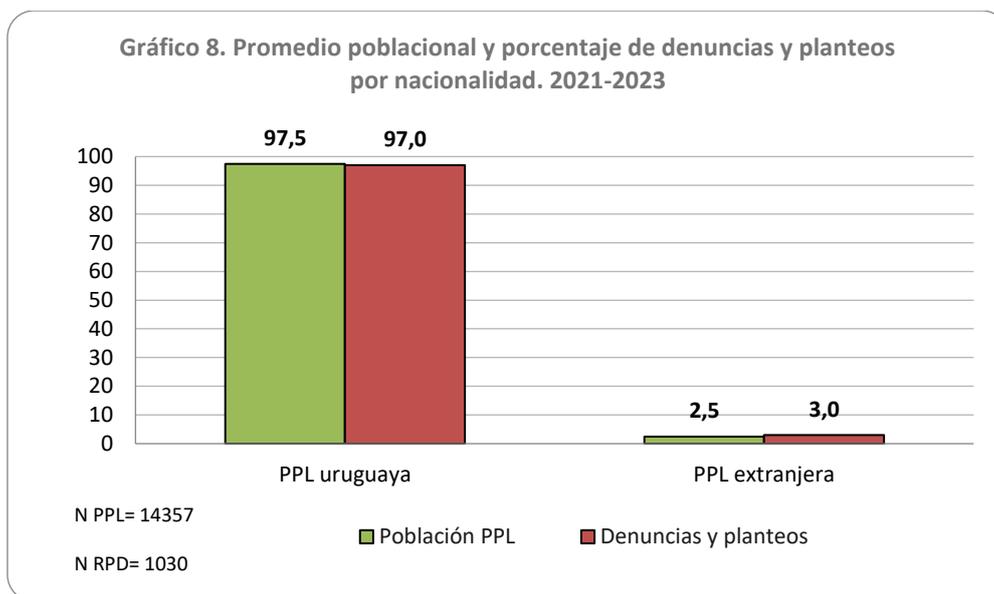
Gráfico 7. Proporción de personas privadas de libertad y porcentaje de denuncias y planteos por tramos de edad. 2021-2023



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

Si se observan estos mismos datos, pero para cada año individualmente se pueden apreciar algunas diferencias destacables. En primer lugar, las denuncias y planteos de la PPL de 18 a 19 años han visto una disminución en 2022 con respecto a 2021, pasando de representar el 5,7% del total de denuncias y planteos a representar el 3,8%, para luego volver aumentar en 2023 al 4,2%. (Ver Tabla 18 en Anexo)

Por otra parte, con respecto a la nacionalidad, el 97% de las denuncias y planteos fueron realizados por PPL uruguayas, mientras que el restante 3% fueron realizados por PPL extranjeras para todo el período. Entre los tres años considerados (2021, 2022 y 2023) no hay variaciones. Si se comparan los datos del RPD con el promedio poblacional no parece visualizarse una falta de cobertura de la PPL extranjera en primera instancia, aunque debe tenerse en consideración el gran porcentaje de missing que presenta esta variable en la base RPD (el 44,2% de los casos no presentan datos).



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

### 3.1.3.2. Unidades penitenciarias

En cuanto a las denuncias y planteos por unidad penitenciaria, se puede notar que la mayoría se da en unidades de la zona metropolitana (ZM): Unidad 4 Santiago Vázquez (33,9%), Unidad 1 Punta de Rieles (14,3%), Unidad 3 Libertad y Unidad 5 Femenino (12,7% cada una), Unidad 7 Canelones (7,7%) y Unidad 13 Maldonado (5,5%). Ninguna de las otras unidades supera el 2% y la Unidad 13 de Maldonado es la única del interior que lo hace, y aun así proporcionalmente hay menos planteos que población. Si se comparan los datos del RPD con los datos de población penitenciaria por unidad, se puede notar que existe una sobrerrepresentación de varias unidades de la ZM: Centro de Ingreso, Unidad 1 Punta de Rieles, Unidad 3 Libertad, Unidad 4 Santiago Vázquez, Unidad 5 Mujeres, Unidad 7 Canelones y Unidad 9 Mujeres con hijos. Esto puede deberse a que, exceptuando el Centro de Ingreso, Unidad 1 y 9, el resto de las unidades presentan varios módulos que son catalogados por la oficina como de trato cruel, inhumano o degradante. Por su parte, las unidades del interior todas están subrepresentadas en la base de RPD en comparación a su promedio poblacional.

Gráfico 9. Promedio de población privada de libertad y porcentaje de denuncias y planteos en cada unidad en Zona Metropolitana. 2021-2023

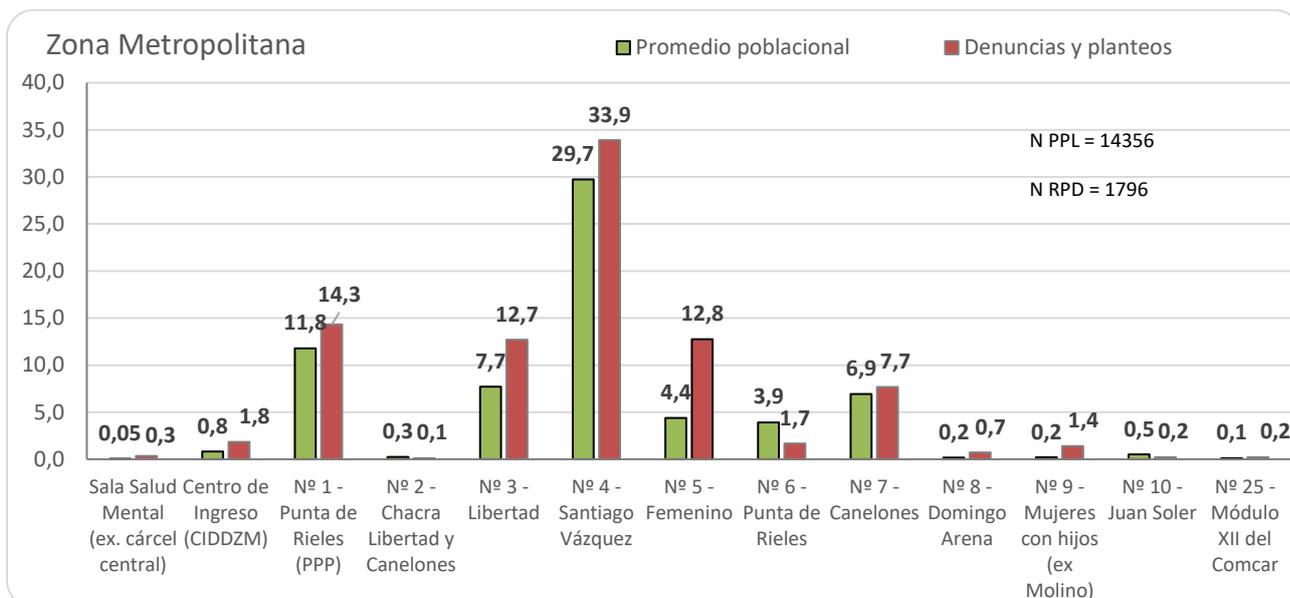
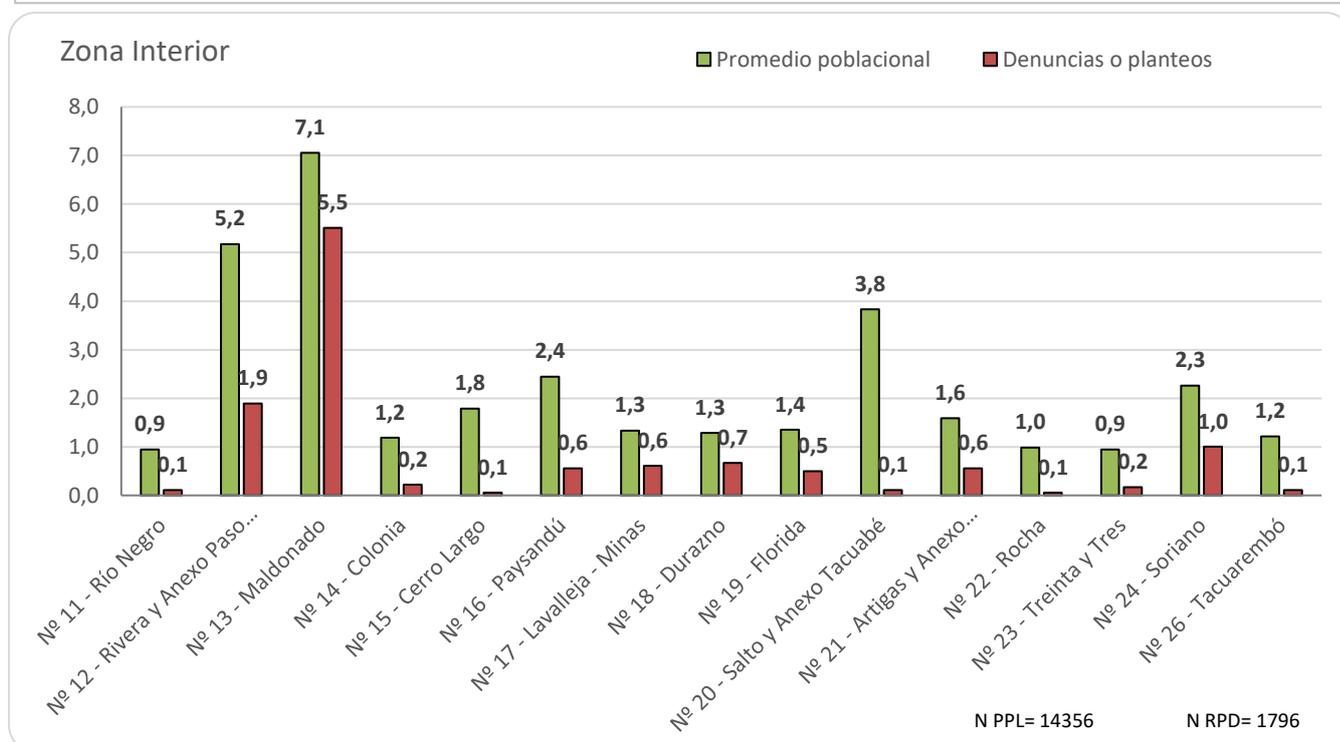


Gráfico 10. Promedio de población privada de libertad y porcentaje de denuncias y planteos en cada unidad en Zona Interior. 2021-2023



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

Esta subrepresentación de las unidades del interior se ha mantenido para todos los años considerados, incluso la unidad nº 13 de Maldonado que, siendo la única que supera el 5% para el período, sufrió una disminución por debajo de este nivel en 2023. Además, observando los

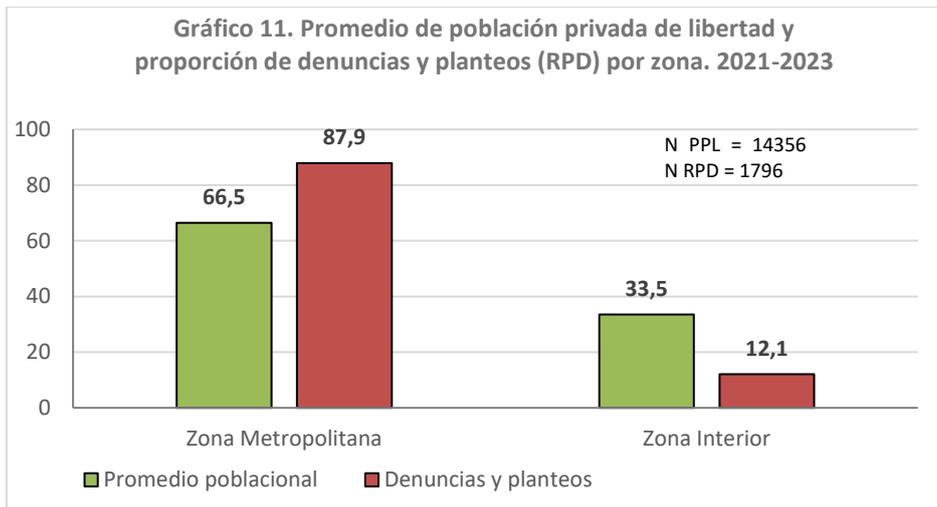
datos para cada año, se puede apreciar cómo la cantidad de unidades del interior que presentan cero casos de denuncias o planteos ha aumentado.

Esta menor proporción de denuncias y planteos en las unidades del interior tiene la característica de que parece repetirse en las mismas unidades, especialmente ubicadas al norte del país (con excepción de Rocha). Además, la Unidad N° 20 de Salto que es la tercera unidad con mayor número de personas privadas de libertad en el interior, no presentó casos en dos años consecutivos. Se podría pensar que esto puede deberse a que existen mejores condiciones de vida en estas unidades debido a la menor cantidad de personas en ellas. Si se observan los datos de la OCP, hay una mayor cantidad de unidades del interior que presentan condiciones para la integración social, ya sea en su totalidad o en gran parte de sus módulos, en comparación con las unidades de ZM. De todas formas, hay tres unidades (Unidad 12, 13 y 16) que tienen condiciones de trato cruel, inhumano y degradante en el período analizado que presentan una baja proporción de casos incluso en comparación con su población<sup>5</sup>. También hay que tener en cuenta que la OCP tiene su oficina en Montevideo y las visitas a unidades del interior no se realizan con la misma frecuencia que las visitas a las unidades de la zona metropolitana, lo que puede estar provocando esta disparidad en la cantidad de denuncias y planteos entre las distintas unidades, ya que, como se verá más adelante, gran parte de las mismas son relevadas en las visitas de las y los asesores a los establecimientos penitenciarios.

Esto puede verse más claramente cuando se comparan en conjunto las unidades del interior con respecto a las unidades de la zona metropolitana. En el período 2021-2023, las unidades de la ZM representaron el 87,9% de las denuncias y planteos en la OCP, cuando el promedio población de la misma representa el 66,5% del total. Por su parte, las denuncias y planteos de las unidades del interior fueron de 12,1%, siendo que la población penitenciaria del interior corresponde al 33,5% de las PPL total.

---

<sup>5</sup> Ver Informe Anual 2021, 2022 y 2023 elaborado por la OCP.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

La baja proporción de denuncias y planteos en el interior incluso se ha visto profundizada en el último año, pues las denuncias y planteos en unidades del interior pasaron de ser de alrededor del 14% en 2021 y 2022, a representar sólo el 7,6% del total de denuncias y planteos en 2023, una disminución del 52%. Esto se da en un contexto en que la proporción de PPL en unidades del interior se ha mantenido por encima del 30% para todo el período.

Gráfico 12. Porcentaje de población privada de libertad y proporción de denuncias y planteos por zona. 2021

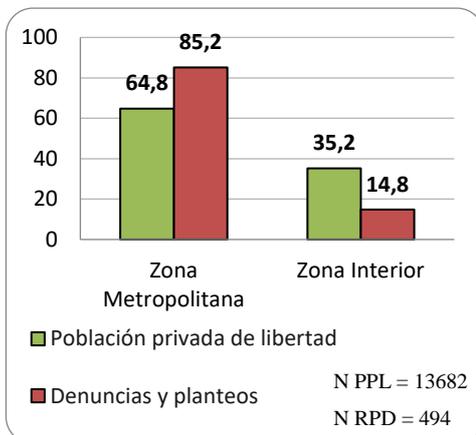


Gráfico 13. Porcentaje de población privada de libertad y proporción de denuncias y planteos por zona. 2022

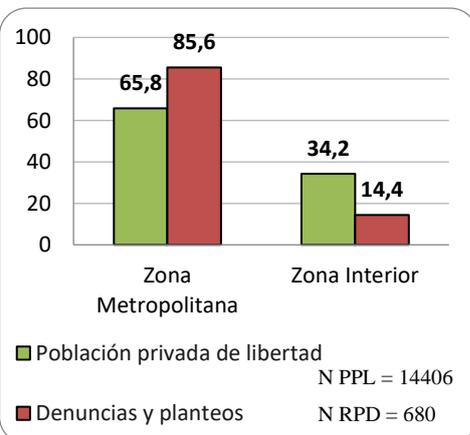
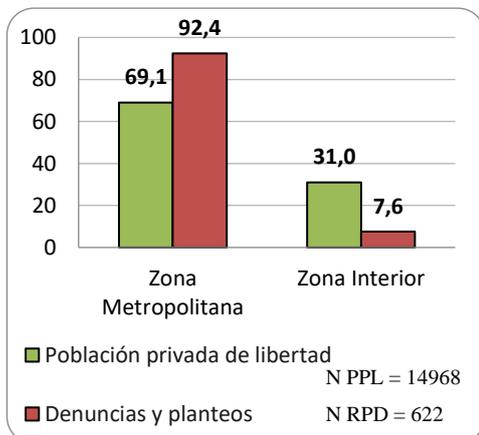


Gráfico 14. Porcentaje de población privada de libertad y proporción de denuncias y planteos por zona. 2023



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

### 3.1.3.3. Tipología del semáforo: tratos crueles, inhumanos o degradantes

En su informe anual, la OCP presenta su evaluación sobre el estado de situación de las diferentes unidades y módulos, y los clasifica de acuerdo a una tipología de tres categorías, asignándoles un color a cada una: el color verde identifica aquellos lugares donde existen buenas oportunidades de rehabilitación; el amarillo a aquellos lugares que presentan buenas oportunidades de rehabilitación de forma parcial o incompleta; y por último, se clasifica con rojo aquellos lugares que califican bajo el rótulo de trato cruel, inhumano o degradante<sup>6</sup>. Siguiendo esta clasificación, a continuación, se presentan los datos para 2021, 2022 y 2023 comparando los datos de PPL presentados por la OCP en sus informes con los planteos y denuncias del RPD a partir de la clasificación de semáforo utilizado por la OCP<sup>7</sup>.

Gráfico 15. Porcentaje de personas privadas de libertad y proporción de denuncias y planteos según condiciones de reclusión. 2021

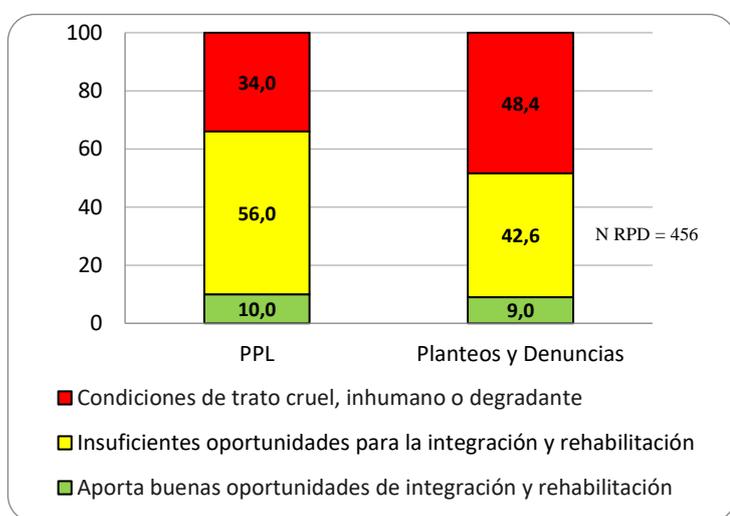
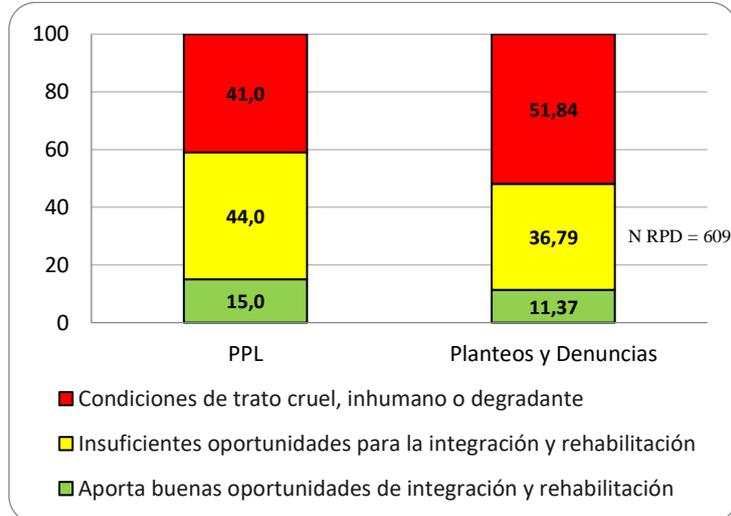


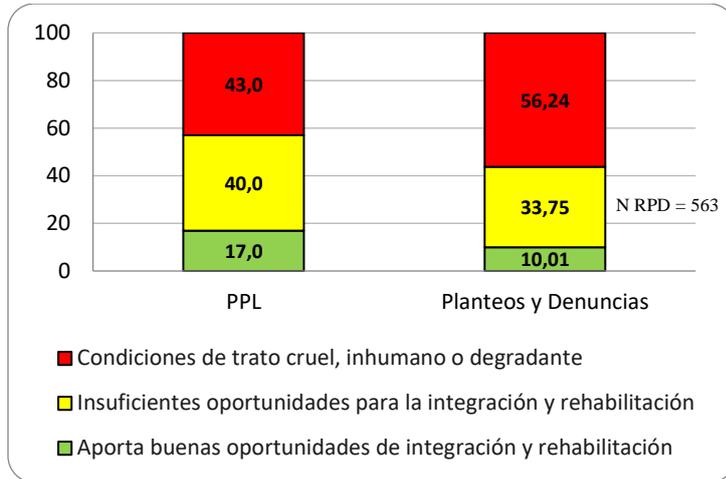
Gráfico 16. Porcentaje de personas privadas de libertad y proporción de denuncias y planteos según condiciones de reclusión. 2022



<sup>6</sup> Para una mayor extensión de qué significa cada categoría y las variables que utiliza la OCP para construir esta tipología, revisar la sección “Revisión bibliográfica” de este documento o los informes anuales de la oficina.

<sup>7</sup> Se utilizó la clasificación presentada por la OCP para cada año. Para ver cómo se clasificaron los datos del RPD ver Anexo, Sección 1 (págs. 64-74).

Gráfico 17. Porcentaje de personas privadas de libertad y proporción de denuncias y planteos según condiciones de reclusión. 2023



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

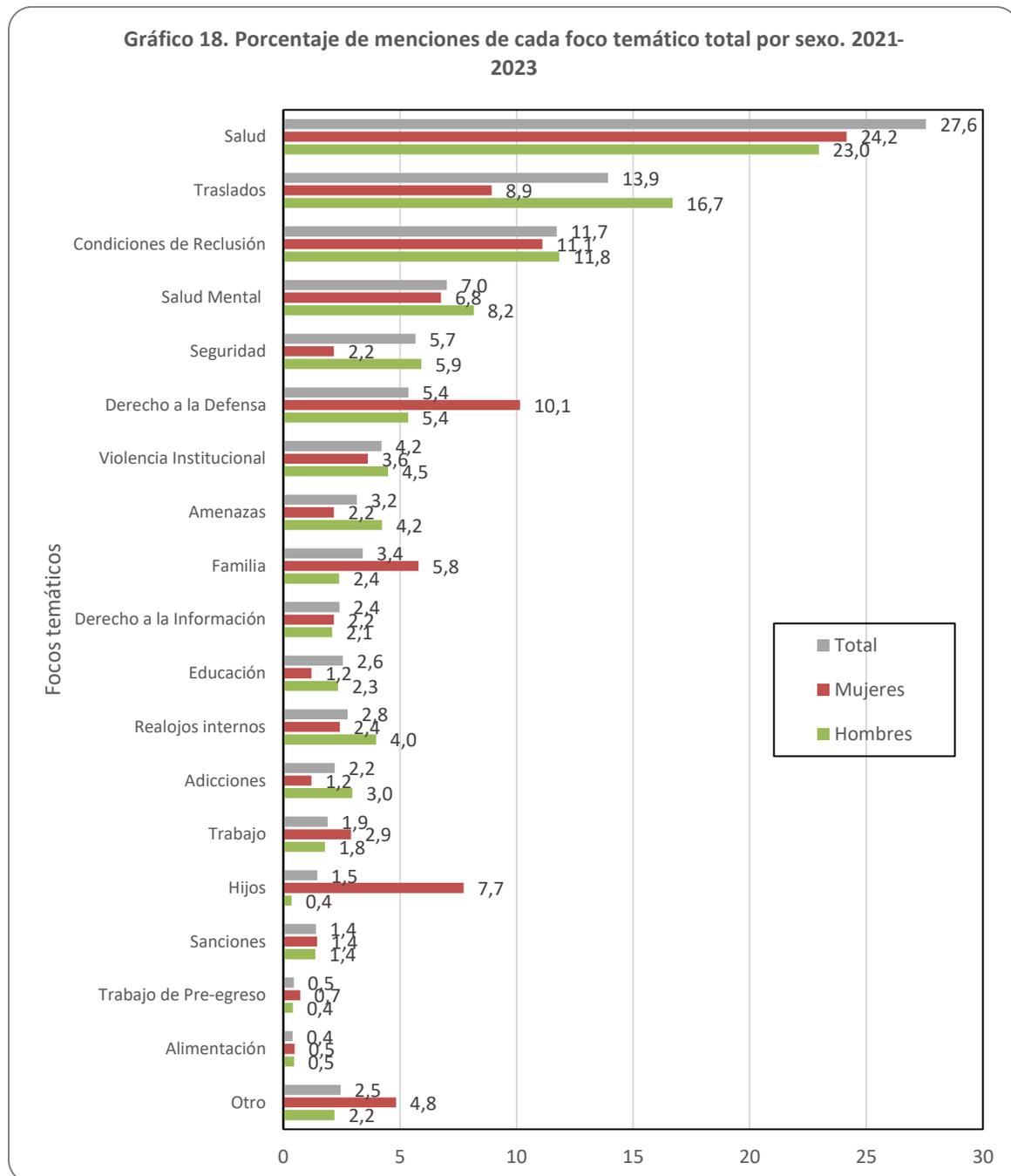
En el gráfico 15 se puede observar que el 48,4% de los planteos y denuncias los realizan personas que están en condiciones de trato cruel, inhumano y degradante. Este porcentaje aumenta a 51,84% en 2022 y el 56,24% en 2023. Esto quiere decir que, para cada año, alrededor de la mitad de las denuncias y planteos las realizaron personas que se encuentran en situación de trato cruel, inhumano o degradante. Si se comparan los datos del RPD con los datos de población penitenciaria presentados por la OCP en sus informes, se puede notar que, para todos los años considerados, la proporción de planteos y denuncias de personas alojadas en condiciones de trato cruel, inhumano o degradante supera a la proporción de personas efectivamente alojadas en esas condiciones.

#### 3.1.3.4. Focos Temáticos<sup>8</sup>

También se puede dar cuenta de las diferencias que existen en torno a los temas de los que tratan las denuncias y planteos entre hombres y mujeres a partir de la variable “foco temático”. En cuanto a los focos temáticos de los planteos y denuncias se puede decir que más de la cuarta parte (27,6%) refieren al tema “salud”, algo que puede estar dando cuenta de las carencias que existen en la atención en salud en las cárceles uruguayas. Si bien la calidad de la atención médica varía entre las distintas unidades, la misma no es rápida ni de fácil acceso para gran parte de las PPL. A esto se suma que existen grandes dificultades para coordinar las consultas externas, especialmente en el área metropolitana, debido a trabas para el traslado por falta de personal de guardia o de móviles. (OCP, 2022, p. 195)

<sup>8</sup> El N de focos temáticos es mayor al N total de la base debido a que hay planteos y denuncias que tienen más de un foco temático asignado. Los porcentajes en la siguiente sección fueron calculados en base al N de focos temáticos y no al N de la base.

Continuando con la distribución de la variable “foco temático”, el segundo tema con mayor porcentaje es “traslados” (13,9%), seguido por “condiciones de reclusión” (11,7%). A estos les siguen en cuarto lugar “salud mental” (7%), “seguridad” (5,7%), y “derecho a la defensa” (5,4%). El resto de los focos temáticos corresponden a menos del 5% de las menciones.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

Cuando se observan los mismos datos por sexo, se pueden notar diferencias en los focos temáticos más frecuentes entre mujeres y hombres.

El foco temático más presente entre las mujeres es “salud” (24,2%), seguido de “condiciones de reclusión” (11,1%) y “derecho a la defensa” (12%). Además, aparece el foco temático “traslados” (8,9%) en cuarto lugar, seguido por “hijos” (7,7%) en quinto lugar y “salud mental” (6,8%) en sexto. Por último, “familia” está presente en un 5,8%. El resto de los focos temáticos no superan el 5%.

Por su parte, entre los hombres el foco temático más frecuente también es “salud” (23%), seguido de “traslados” (16,7%) y “condiciones de reclusión” (10,9%). En cuarto lugar, aparece “salud mental” (8,2%), seguido de “seguridad” (5,9%) y “derecho a la defensa” (5,4%). El resto de los focos temáticos no superan el 5%.

Entre los principales focos temáticos de las denuncias y planteos de las mujeres están presente el tema “hijos” y “familia”, que no se hacen presente entre los temas principales de los hombres. El encarcelamiento de las mujeres generalmente tiene consecuencias en su entorno, especialmente en sus hijas e hijos, que quedan en una situación de mayor vulnerabilidad ante la privación de la libertad de su referente. Es también importante el impacto que genera en las niñas y niños que pasan a convivir en las cárceles con sus madres, pues la misma tiene consecuencias en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños/as (Vigna, 2022; UNODC, 2021) En un sistema carcelario como el uruguayo que se encuentra cada vez más desbordado y con malas condiciones, es de interés el aumento en la cantidad de niños y niñas que viven con su madre en establecimientos penitenciarios en los últimos dos años.

Por otra parte, se aprecia que el tema “seguridad” que aparece entre los temas principales de los hombres, y que no está presente entre los principales focos temáticos de las mujeres. Si bien las situaciones de violencia son sufridas tanto por hombres como mujeres en las cárceles, los hombres presentan mayores niveles de agresiones por violencia interpersonal, siendo incluso la primera causa de hospitalizaciones las lesiones con arma blanca y traumas. (Levcovitz, E. et al, 2015) A esto se suma el hecho de que la mayoría de los homicidios en cárceles se dan en establecimientos masculinos.

Por otra parte, también se pueden identificar algunas diferencias y similitudes en los temas de las denuncias y planteos entre los establecimientos penitenciarios. Para el análisis de estas variables cruzadas, se tomaron en cuenta sólo 1300 casos. Esto se debe a que la variable “Establecimiento” puede sufrir modificaciones, por lo que sólo se consideraron los casos que no habían sufrido actualizaciones en esta variable para asegurar de considerar correctamente las unidades en las que se realizó la denuncia o planteo analizado.

Tomando en cuanto sólo aquellas unidades que presentan al menos un foco temático con una frecuencia total de al menos 20 casos, la Unidad n°1 Punta de Rieles, Unidad n° 4 Santiago Vázquez y Unidad n° 5 Femenino tienen como foco temático principal el tema “salud”. Por su parte, las unidades n° Libertad, n° 7 Canelones, n° Rivera y n° 13 Maldonado tienen como tema principal “traslados”, mientras que la Unidad n° 6 Punta de Rieles presenta “derecho a la defensa” como principal foco temático.

Tabla 5. Frecuencias absolutas y relativas de focos temáticos más mencionados por unidad (unidades con al menos un foco temático con 20 casos o más)

Unidad	1er Foco Temático			2do Foco Temático		
	Tema	Cantidad	%	Tema	Cantidad	%
Nº 1 - Punta de Rieles (PPP)	Salud	80	32,7	Traslados	37	15,1
Nº 3 - Libertad	Traslados	47	20,2	Salud	43	18,5
Nº 4 - Santiago Vázquez	Salud	147	27,0	Traslados	68	12,5
Nº 5 - Femenino	Salud	62	26,7	Cond. de reclusión	28	12,1
Nº 7 - Canelones	Traslados	38	25,5	Cond. de reclusión	33	22,1
Nº 13 - Maldonado	Traslados	22	22,9	Salud	18	18,8

Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

Son pocas las unidades que tienen focos temáticos con una frecuencia que sobrepasan los 10 casos, por lo que a continuación se presenta una tabla de frecuencia del foco temático más mencionado para las unidades que tienen al menos un foco temático con una frecuencia mayor a 2 y menor a 20.

Los focos temáticos “salud” y “salud mental” son los más frecuentes en estas unidades. Mientras que “salud” es el tema más mencionado en las unidades n° 8 Domingo Arena, n° 16 Paysandú y n° 6 Punta de Rieles (es el foco más mencionado junto con “derecho a la defensa”), “salud mental” lo es en la Sala de Salud Mental, en el Centro de Ingreso (junto con “seguridad”) y en la unidad n° 17 Lavalleja. El tema “traslados” es el foco temático más frecuente en las unidades n° 12 Rivera y Anexo Paso Grande y en la n° 24 Soriano, mientras que “familia” lo es en las unidades n° 18 Durazno y n° 21 Artigas y Anexo Pintado Grande (junto con “condiciones de reclusión” e “hijos”). Por último, en la unidad n° 9 el foco temático más mencionado es “hijos”.

Tabla 6. Frecuencias absolutas y relativas del foco temático más mencionado por unidad (unidades con al menos un foco temático con entre 2 y 19 casos)			
Foco temático más mencionado			
Unidad	Tema	Cantidad	%
Sala Salud Mental (ex. cárcel central)	Salud Mental	3	75,0
Centro de Ingreso (CIDDM)	Salud Mental/ Seguridad*	4	18,2
Nº 6 - Punta de Rieles	D. a la Defensa/ Salud*	6	26,1
Nº 8 - Domingo Arena	Salud	7	58,3
Nº 9 - Mujeres con hijos (ex Molino)	Hijos	5	26,3
Nº 12 - Rivera y Anexo Paso Ataque	Traslados	10	32,3
Nº 16 - Paysandú	Salud	4	44,4
Nº 17 - Lavalleja - Minas	Salud Mental	3	21,4
Nº 18 - Durazno	Familia	4	33,3
Nº 21 - Artigas y Anexo Pintado Grande	Familia/Hijos*	2	22,2
Nº 24 - Soriano	Traslados	5	33,3

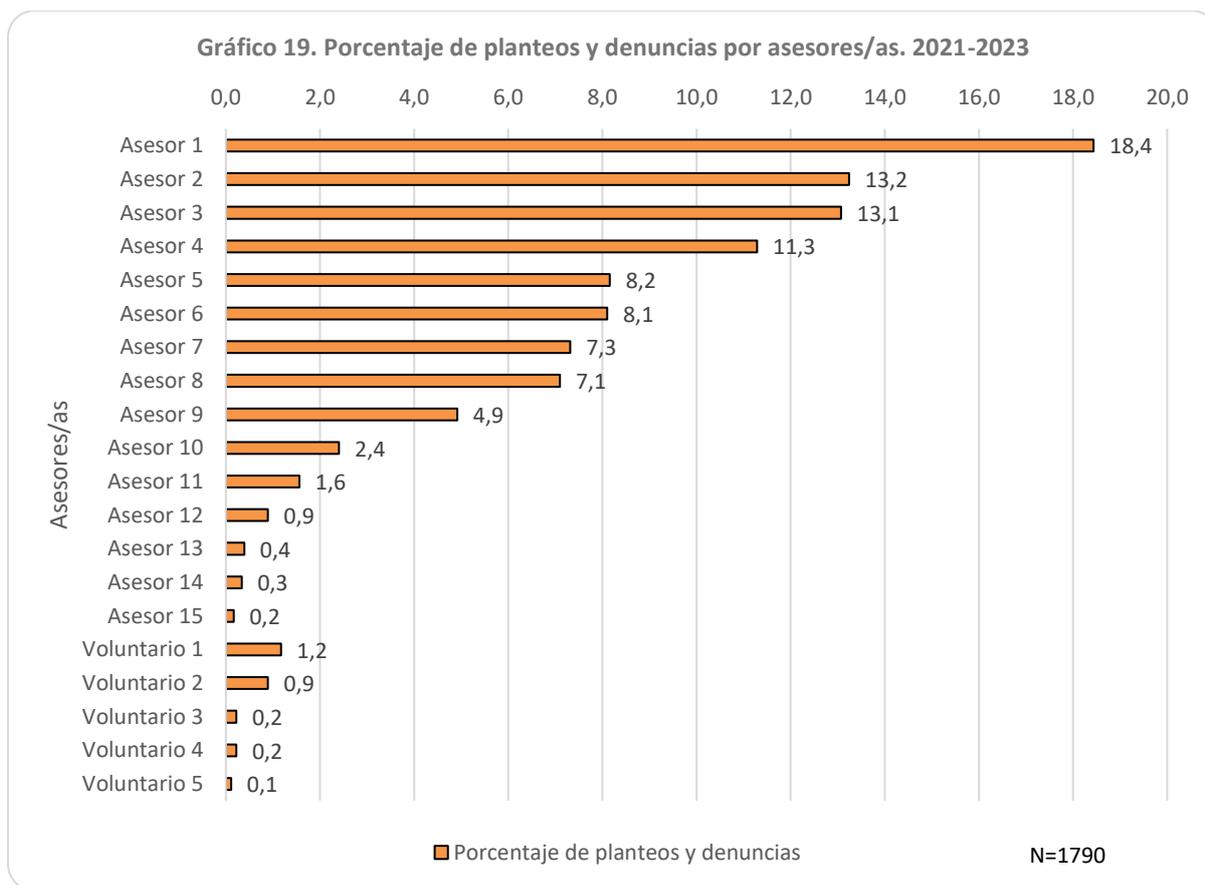
\*La cantidad de casos para cada foco temático era la misma, por lo que el porcentaje corresponde a cada foco temático y no a la suma de ambos.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

### 3.1.3.5. Asesores

En promedio, los casos registrados por asesor son de 39 casos por año. Este promedio no da cuenta de la gran variedad de casos atendidos por cada asesor, pues hay asesores que llegan a registrar más de 100 casos por año, siendo el máximo de casos registrados igual a 159, atendidos por Asesor 1 en 2022.

En el siguiente gráfico se puede ver la distribución porcentual de los casos registrados por asesor. En el mismo se puede notar que el 50% de los casos registrados se concentran en 4 asesores: el o la asesora 1 registró el 18,5% de los casos, los asesores 2 y 3 el 13,2 % y el 13,1% de los casos respectivamente, y el o la asesora 4 el 11,3% de los casos. Ninguno de los otros asesores supera el 10% de casos registrados.

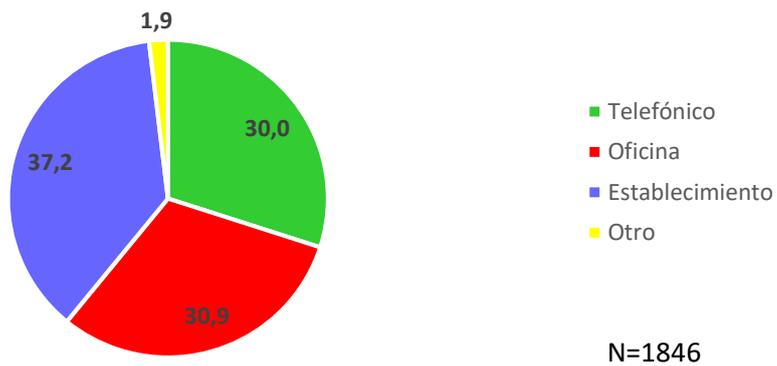


Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

### 3.1.3.6. Lugar de la entrevista

Pensando en el lugar donde se llevan a cabo las denuncias y planteos se puede ver que, para el período analizado, el 37,2% de las mismas se llevaron a cabo en los establecimientos de reclusión, el 30,9% se llevaron a cabo en la oficina del Comisionado Parlamentario, el 30% se realizaron vía telefónica, y sólo el 1,9% se realizaron por otros medios. De todas formas, estos datos deben considerarse con cuidado dado que luego de haber sido incorporada al análisis, se comprobó que la ficha RPD tenía una opción predeterminada que era siempre “Oficina”, lo cual fue modificado posteriormente. De todas formas, a esto se suma el hecho de que este campo es muchas veces malinterpretado, pues la misma apunta al lugar donde se tomó la denuncia o planteo inicialmente, pero en muchos casos se registra el lugar donde se entrevista a la PPL. Por ejemplo, se recibe una denuncia por teléfono y luego se entrevista a la persona privada de libertad en el establecimiento, por lo que se registra “establecimiento” como lugar de la entrevista en lugar de telefónico.

Gráfico 20. Porcentaje de denuncias y planteos por lugar de la entrevista. 2021-2023

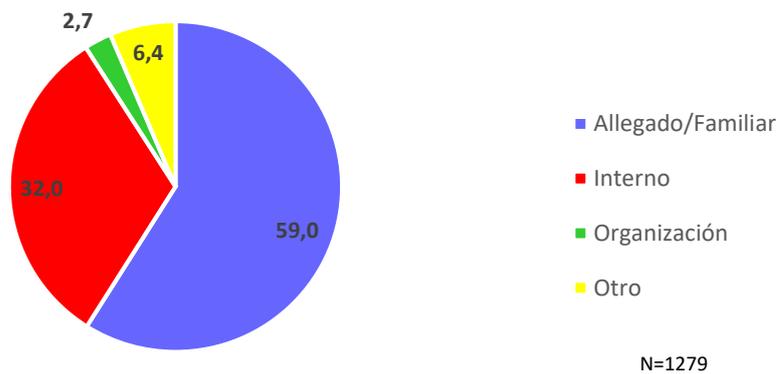


Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

### 3.1.3.7. Solicitante

Por último, en cuanto a quién realiza la denuncia o planteo, se puede observar que el 59% de las mismas son llevadas a cabo por algún allegado o familiar de la persona privada de libertad, seguida por el interno mismo (32%), y en menor medida por alguna organización (2,7%) o por otros (6,4%).

Gráfico 21. Porcentaje de denuncias y planteos por solicitante. 2021-2023



Fuente: elaboración propia en base a datos de la OCP.

### **3.2 Análisis cualitativo: las problemáticas de salud y salud mental en contexto de encierro**

La privación de la libertad como medida de castigo no debería suponer más que la pérdida del derecho a la libertad ambulatoria, pero en la práctica, implica una pérdida de varios otros derechos pues la mayoría de los reclusos se enfrenta a privaciones adicionales que agravan la situación de encierro. Sykes (1958) habla de los “dolores del encarcelamiento” para referirse a las privaciones a las que son sometidas las personas privadas de libertad, y que implican un castigo mayor al de la pérdida de la libertad. Entre estas privaciones se destaca la privación de bienes y servicios, entre las que se puede ubicar el acceso a la salud. Las Reglas de Mandela, en su artículo 24, establece que la prestación de los servicios médicos en las cárceles debe igualar la calidad de los servicios extramuros (ONU, 2015, p. 35) A pesar de esto, las condiciones de acceso a la salud por parte de las PPL no están enteramente garantizadas.

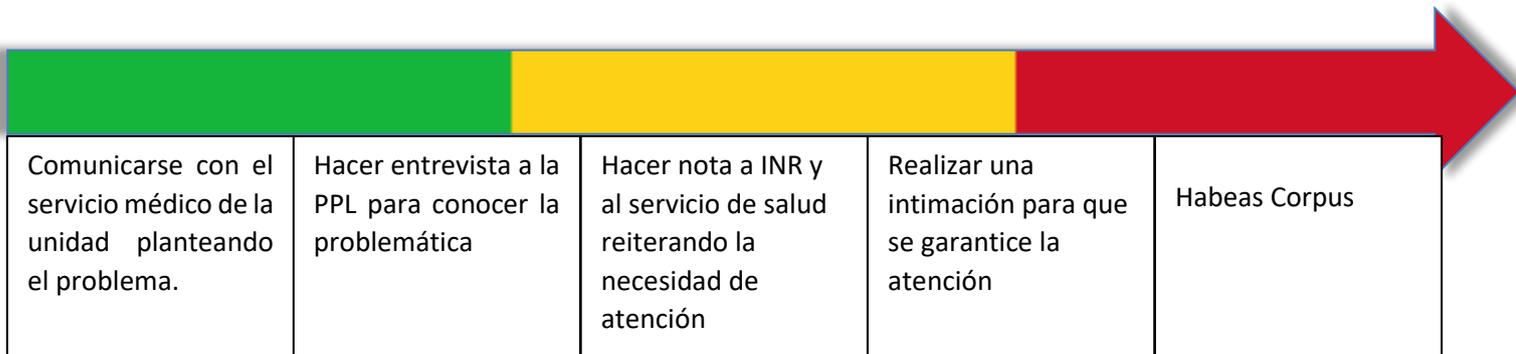
Las personas privadas de libertad son un colectivo que está expuesto a un conjunto de factores de riesgo (alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de tabaco) que pueden impactar en su salud física y mental, y que aumentan sus probabilidades de enfermar y morir. La propensión de los varones a no seguir tratamientos y a no practicar el autocuidado, la dinámica de atención a demanda que llevan a cabo los servicios médicos de las unidades, y las barreras que tienen las PPL para ser conducidas a los servicios de salud hacen que ésta sea una población subdiagnosticada y con una importante proporción de personas sin tratamiento. (Levcovitz et al, 2016) El acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) tampoco está garantizado en las cárceles, especialmente para las mujeres, quienes presentan peores niveles en lo que respecta a indicadores de salud sexual y reproductiva, siendo especialmente preocupante los niveles de violación y violencia sexual. (NCAS, 2020)

Por otra parte, las muertes bajo custodia son un indicador de las condiciones de vida en las prisiones. En nuestro país, las probabilidades de morir en las cárceles son muy superiores a las que presentan extramuros para todas las causas de muerte. (Vigna y Sosa Barón, 2019, p. 21) Las muertes bajo custodia, además, están estrechamente ligadas con las carencias en la atención en salud y salud mental, especialmente en aquellas muertes en que se comprueba que hubo fallas o negligencias asistenciales. De acuerdo con los últimos tres informes anuales de la OCP, en 2021 se constató que en 20% de las muertes bajo custodia hubo negligencias o fallas asistenciales, porcentaje que aumentó al 30% en 2022 y disminuyó al 19% en 2023 (OCP, 2021, 2022, 2023).

Las privaciones en el acceso a la salud tienen además un impacto en toda la sociedad. Por un lado, la atención en cárceles supone una nueva oportunidad para el contacto con los servicios de salud para esta población, dando la oportunidad para detectar enfermedades, tratamiento y rehabilitación. (Priore, 2023) Por otro lado, las PPL están en contacto continuo con personas que entran y salen de las prisiones, como son las familias, los operadores penitenciarios, abogados, personas de instituciones diversas que trabajan en las cárceles, etc. La importancia de una atención en salud de calidad en las cárceles no sólo redundará en una mejor calidad de vida para las PPL, sino para la sociedad en su conjunto. (INDDH, 2020)

### 3.2.1. Respuestas de la OCP

Además de ahondar en las diferentes problemáticas relacionadas a la salud y salud mental que llegan a la oficina del Comisionado Parlamentario, es importante dar cuentas de los procedimientos de intervención que llevan a cabo desde la OCP para responder a esos pedidos. A partir de dos entrevistas realizadas a dos asesoras, se buscará realizar un breve análisis de los diferentes mecanismos que tiene la oficina para buscar garantizar el derecho a la atención de las PPL.



El proceso de acciones que lleva a cabo la OCP es escalonado, con acciones que adquieren mayor envergadura a medida que la asistencia requerida no sea brindada y el problema se mantenga en el tiempo. Cuando llega a la oficina una problemática en salud o salud mental, las y los asesores tienen dos procedimientos. Hay quienes prefieren realizar la entrevista a la PPL en primer lugar, con el fin tener su testimonio respecto a la problemática que se está planteando. En otros casos, se decide comunicar al servicio de salud luego de recibir el pedido de atención. Esto puede variar de acuerdo a la gravedad de la situación denunciada. Estas comunicaciones suelen realizarse mediante mail o mensaje de texto. Aquí también entra en juego los recursos personales con los que cuentan cada asesor/a.

Los niveles de respuesta comienzan a escalar cuando se presentan casos que tienen reiterados planteos sobre la misma problemática y que, a pesar de los continuos pedidos, no ha tenido una

correcta atención. En estos casos se procede a, primero, realizar una nota tanto al INR como a la dirección de SAI-PPL o de Sanidad Policial, de parte del Comisionado Parlamentario planteando el problema y la importancia de que se garantice el derecho a la atención de las PPL.

Si bien la mayoría de los problemas se resuelven en las etapas anteriores, cuando una problemática sigue sin ser atendida, desde la OCP se procede a realizar una intimación ante juez. En su último Informe Anual, la OCP plantea sobre las intimaciones: *“En el marco de la política de judicialización de situaciones por parte de la OCP, lo que implica presentar al Poder Judicial, en su calidad de garante de los derechos fundamentales, pedidos de intimación ante situaciones concretas que requieren de una orden judicial de cumplimiento, ya que la situación supera el ámbito de resolución administrativa del planteo por motivos diversos, se encuentra la solicitud de intimación judicial, que juega el rol también de preámbulo de un habeas corpus. En estos casos se plantea una situación concreta con detalle de las actuaciones realizadas, y se solicita al Juez de Ejecución que realice una intimación de cumplimiento o de corrección de la situación referida”*. (OCP, 2023, p.23)

Por último, la OCP cuenta con el mecanismo de Habeas Corpus que está garantizado en nuestra Constitución en su artículo 17. Este puede ser presentado en forma individual como en forma colectiva, como por ejemplo sucedió con el Habeas Corpus presentado pidiendo atención en salud mental para las mujeres de la Unidad n°13 de Maldonado. Este es un mecanismo que se utiliza en pocas ocasiones, no sólo porque la mayoría de las situaciones se resuelven antes de que sea necesaria su utilización, sino que su sobreutilización puede provocar un desgaste del instrumento.

### **3.2.2. Problemáticas de salud en el RPD**

En este apartado, con el objetivo de dar cuenta de las problemáticas en torno a la salud, se realiza un análisis de contenido de los planteos y denuncias que contienen el foco temático de “salud”, “salud mental” y “adicciones” para el período 2021-2023. Es menester recordar que las descripciones de las denuncias y planteos son escritas por las y los asesores a partir del relato de las PPL o sus allegados. Esto además se complementará con dos entrevistas semi-estructuradas que se realizaron a dos asesoras de la OCP sobre la temática<sup>9</sup>, las cuales se

---

<sup>9</sup> La pauta de entrevista se puede ver en el Anexo.

realizaron en la última semana de la pasantía, el 25 y 26 de noviembre de 2024, en las oficinas de la OCP.

En Uruguay, la asistencia de salud en las prisiones está dada por dos prestadores de salud: ASSE mediante SAI-PPL en las unidades de la zona metropolitana y Rivera, que se encarga de la atención del 75% de las PPL, y por CASIM-Sanidad Policial en el resto de las unidades del interior del país, atendiendo al 35% restante.

A continuación, se presenta la tabla con la distribución de casos para cada foco temático analizado. Si bien la finalidad del análisis cualitativo no es la de representatividad estadística, es importante tener en consideración el volumen de casos con el que se trabajó.

Tabla 7. Cantidad de casos por tema. 2021-2023			
Tema	Prestador		
	SAI-PPL- ASSE	CASIM-Sanidad Policial	Total
Salud	193	45	238
Salud Mental	102	17	119
Adicciones	44	6	50
Total	339	68	407

Fuente: elaboración propia (2025)

Las carencias en la atención en salud en SAI-PPL y CASIM-Sanidad Policial tienen algunas similitudes, aunque existe mayor diversidad de problemas en aquellas unidades atendidas por SAI-PPL, probablemente por la mayor cantidad de personas recluidas y también la mayor cantidad de casos en la base RPD. En este apartado, primero se van a exponer aquellas problemáticas presentes en el foco temático “salud”, y luego se presentará el análisis para los focos temáticos “salud mental” y “adicciones”.

### 3.2.3. Salud

Las problemáticas identificadas en ambos prestadores son: dificultades en el acceso a la medicación necesaria, dificultades en el acceso a la atención médica ante situaciones no urgentes, falta de seguimiento médico, dificultades en la concreción de citas médicas extramuros, falta de estudios médicos y dificultades en la atención durante la pandemia de Covid-19.

### 3.2.3.1. Acceso a medicación

Una problemática que atraviesa tanto a las unidades atendidas por SAI-PPL como a las unidades atendidas por CASIM son las dificultades en el acceso a la medicación necesaria para atender a las particularidades de salud de las personas privadas de libertad. Las interrupciones abruptas o la irregularidad en la administración de la misma, así como la administración de dosis incorrectas son moneda corriente.

*“Se trata de un interno con trombosis, ecodoppler, glicemia e hipertensión. Cuando cayó preso estuvo 2 meses internado en emergencia de ASSE, muy delicado, muy grave. Señala que a veces le dan la medicación y a veces no”. (Caso 1, SAI-PPL)*

*“Él es enfermo de VIH, tiene problemas en los riñones y hace poco se quemó con agua hirviendo el pie y lo tiene todo ampollado, no le dan medicación de ningún tipo desde que entró al centro el [fecha]”. (Caso 21, CASIM)*

*“Hace casi dos meses que está en el penal, estaba en preventiva del módulo [X] y lo trasladaron para preventiva de [Unidad Y]. Desde que ingresó no le dieron la medicación. A veces la compañera le lleva anapril”. (Caso 60, SAI-PPL)*

Además, parece presentarse una dificultad para continuar con tratamientos una vez se ingresó a prisión o cuando suceden traslados de una unidad a otra. En este último caso, esto puede tener relación con dos aspectos importantes relacionados con la historia clínica de las personas privadas de libertad. Por un lado, la historia clínica no acompaña a las PPL cuando suceden traslados de una unidad a otra, algo que se complejiza cuando la persona es trasladada de una unidad atendida por Sanidad Policial a una atendida por SAI-PPL (o viceversa) dado que implican dos historias clínicas paralelas. Por otro lado, en SAI-PPL parece existir un problema respecto al registro en las historias clínicas, pues parece estar supeditado a la decisión de cada personal de salud el dejar un registro de la atención en la misma.

Además, las dificultades en el acceso a la medicación pueden alargarse en el tiempo y dar lugar a que haya varias denuncias sobre el mismo problema realizadas a la OCP.

Primera denuncia registrada: *“Cuando ingresó le detectaron que tiene VIH, todavía no le dieron la medicación para el VIH”.*

Segunda denuncia registrada (22 días después): *“Diagnosticada de VIH hace 3 meses aproximadamente, sin recibir medicación hasta la fecha. Recurrentes malestares físicos, no fue vista por infectólogo”*

Tercera denuncia registrada (48 días después): *“En el día de hoy se recibe llamado de la hermana de la interna [X] quien es portadora de VIH, diagnosticada a su ingreso a la Unidad [Y]. A pesar de las reiteradas solicitudes de atención por infectólogo no ha sido nunca vista por él. Ayer comenzó con serios malestares, en enfermería le dieron un medicamento vía oral, le dijeron que si le hacía mal lo dejara de tomar y la interna se encuentra peor, está con el vientre muy hinchado. Se envía nota a dirección de SAI PPL con copia a la unidad explicando la situación y la reiteración de solicitudes anteriores”. (Caso 175, SAI-PPL)*

Estas dificultades en el acceso a la medicación pueden provocar un agravamiento de la condición de salud de las personas privadas de libertad a causa de las interrupciones constantes en el tratamiento.

### *3.2.3.2. Falta de atención médica dentro de la unidad*

Tanto en las unidades atendidas por SAI-PPL como en las atendidas por CASIM-Sanidad Policial se presentan casos de falta de acceso a la atención médica. En ambas es común la falta de atención ante sintomatología o padecimientos no urgentes, como dolores musculares, cefaleas, estreñimiento u otros síntomas.

*“Llama la mamá de un compañero, tiene mucho dolor en una rodilla y no le han dado asistencia. Hace unos días que está así en la cama, no sabe si está quebrado”. (Caso 8, SAI-PPL)*

*“Ha llamado varias veces pidiendo asistencia médica en módulo [X], tiene granos y heridas de la alergia en los pies”. (Caso 13, CASIM)*

Por otra parte, en algunas unidades atendidas por SAI-PPL (Unidad 3, 4), se presentan situaciones de falta de atención ante sintomatologías graves que requerirían acceso a la atención médica de forma urgente.

*“Se encuentra en muy malas situación de salud, su abogada presentó escrito urgente para que médico lo viera y médico forense también y no lo han sacado de su celda para nada. Él tiene hace casi ya 2 años una bombilla en el estómago que ya se le deterioró y está muy mal, la está*

*pasando mal, está muy delgado, está orinando sangre, vomitando casi todos los días, haciendo fiebre y también por la materia echa sangre y la policía no lo saca ni siquiera a enfermería”.*  
(Caso 106, SAI-PPL)

Al igual que en el acceso a la medicación, estas barreras para la atención dan lugar a que se realicen varias denuncias a la OCP con el fin de obtener asistencia, incluso luego de las acciones de la oficina para responder a esas demandas.

Primera denuncia: *“Se recibe comunicación sobre supuración en oído infectado. Envío mail a atención al usuario de sai ppl y [unidad]”.*

Segunda denuncia: (14 días luego de la 1ra denuncia): *“Se comunica telefónicamente manifestando que tiene supuración en sus oídos, que ha solicitado asistencia médica y no la han llevado”.*

Tercera denuncia (25 días luego de la 1ra denuncia): *“Hoy llama la interna alojada en [X], solicitando atención en salud, refiere otorrea(supuración oído) bilateral de 15 días de evolución, acompañada de cefaleas, relata que hace muchos días que pide atención médica y no la han asistido”.* (Caso 161, SAI-PPL)

Esta falta de acceso a la atención en salud no sólo parece estar relacionada con el servicio médico de la unidad, sino con el personal de custodia, quienes deben realizar el traslado de las PPL desde su celda al servicio médico u emergencia de la unidad.

*“El interno solicita médico y no lo llevan. Ahora tuvo un problema con la guardia por solicitar asistencia. Tiene problemas estomacales, estreñimiento, tomaba Omeprazol”.* (Caso 43, SAI-PPL)

*“Llama la mamá porque el hijo tiene un desgarro en la pierna y la guardia de la noche [X], le negó llevarlo a asistirse (...)”.* (Caso 16, CASIM)

Esta es una particularidad de la vida en prisión, pues el acceso a los servicios médicos está condicionado por el personal de guardia disponible. En palabras de una asesora de la OCP:

La especificidad de la atención en salud en las prisiones con respecto al exterior *“sería como la parte del acceso, que es totalmente distinto al depender directamente de las personas que custodian a los internos y a las internas. Porque en todos los casos podríamos decir, digo, por la diversidad de unidades penitenciarias que hay y la*

*diversidad de formas de acceder a los servicios dentro de la cárcel, pero en todos los casos dependen de ser autorizados por una guardia o de ser conducidos por una guardia hasta el servicio médico. Entonces, por un lado, sería esa la especificidad, [es] el tema del acceso que dependen de alguien para poder acceder al servicio médico”. (Entrevista 1)*

De acuerdo con Levcovitz et al (2016) el 41,8% de las PPL identifican que existen barreras para la asistencia en casos de urgencia, de los cuales el 30% vinculó esas barreras con el personal custodial. En un estudio similar de 2021, llevado a cabo por Nada Crece a la Sombra, en el cual se realizó un censo a mujeres y personas trans privadas de libertad, el 62% de las mujeres considera que existen barreras para la asistencia, de las cuales el 48% atribuye esas barreras al personal de custodia. (Nada Crece a la Sombra, 2021, p.37)

La falta de seguimiento médico también es un problema presente en SAI-PPL y CASIM. Personas que requieren un control continuo por alguna patología, o que han sido operados o tienen heridas que deben recibir atención continua, no cuentan con el seguimiento necesario.

*“El [día Z] lo apuñalan con arma blanca, lo hospitalizaron en el [X], le dieron el alta [5 días después], fue de nuevo a la Un. [Y]. El defensor fue y no le permitieron verlo, necesitaba recabar la firma para el escrito. Está sin atención médica y sin las curaciones adecuadas”. (Caso 41, SAI-PPL)*

*“El [día X] recibió una puñalada cerca del ojo, lo asistieron y después no lo sacaron. No sabe en qué módulo está. La llama diciéndole que le duele mucho el ojo y no ha recibido más asistencia desde ese día”. (Caso 10, CASIM)*

### 3.2.3.3. Traslados a citas médicas extramuros

Los problemas en el acceso a la atención de salud se extienden también fuera de la cárcel. Las personas privadas de libertad que requieren atención médica de algún tipo que no puede ser proporcionada por los servicios médicos de las unidades penitenciarias necesitan salir para recibir esa atención. De todas formas, son comunes las faltas a las consultas externas, ya sea por falta de personal custodial o por falta de móviles. Esto provoca que se pierdan y reagenden consultas médicas continuamente.

*“Solicita intervención para pedir que lo lleven al médico ya que antes de estar en la u [x] estaba en la u [y], tuvo una pelea con otros internos resultando herido de gravedad en la cabeza. Fue operado y estuvo en cti varios días. al salir de alta lo*

*mandaron directamente a la u [x] pero debía haber ido el día [T] al médico que lo operó y no lo llevaron, solicita nuestra intervención porque está preocupado y quiere que lo lleven al médico. Hablé en ASSE, me dicen que no lo pudieron llevar por falta de móvil pero que lo llevarán el lunes”. (Caso 180, SAI-PPL)*

*“Hace 5 meses empezó con dolores en testículo, le hicieron comprar cremas y otros remedios que no tenían en servicio médico, pero no funcionó, el dolor continúa y se agrava. Su pareja ha agendado dos veces consulta médica para que sea visto por urólogo sin embargo no lo han llevado por falta de móvil”. (Caso 27, CASIM)*

*“Me comuniqué el día viernes 13 para saber si la habían llevado a cirujano plástico el día 12, donde me responde que no, por falta de custodia para su traslado”. (Caso 164, SAI-PPL)*

De acuerdo a los últimos datos proporcionados por SAI-PPL<sup>10</sup> a la OCP correspondientes a 2019, el 37,35% de las consultas coordinadas no se concreta, siendo las unidades 3, 4 y 9 las que presentaban porcentajes de inconcreción incluso mayores al promedio.

Tabla 8. Número de consultas programadas y concretadas en unidades atendidas por SAI-PPL y porcentaje de concreción de coordinaciones. 2020			
	Consultas programadas	Consultas concretadas	Porcentaje concreción de coordinaciones
Unidad 1	386	269	69,69
Unidad 3	341	132	38,71
Unidad 4	780	308	39,49
Unidad 5	803	610	75,97
Unidad 6	241	215	89,21
Unidad 9	18	10	55,56
Unidad 12	175	175	100,00
Total	2744	1719	62,65

Elaboración propia en base a datos de SAI-PPL

<sup>10</sup> No se tienen datos para CASIM- Sanidad Policial para ningún año.

Esta problemática es señalada como una de las principales que se dan en contexto de encierro, pues la misma puede tener consecuencias en el proceso de recuperación de la PPL, e incluso conducir a un desmejoramiento de su salud:

*“Como problema de salud yo diría eso, de lo que nos llegan es eso, y más que nada el tema de las coordinaciones que, claro, que produce después todas las demás consecuencias, ¿no? Si hay una falta de, por ejemplo, una persona que se tiene que operar y no es operada porque se frustró el preoperatorio porque no lo llevaron a anestesiista, o no lo llevaron a cardiólogo, en realidad la consecuencia es que la persona sigue con el dolor o con la molestia. Entonces es eso, la coordinación sería lo que se ve, y después demás problemas que eso ocasiona en la vida cotidiana de la persona”. (Entrevista 1)*

#### 3.2.3.4. Coordinación de estudios médicos

Otra problemática presente es la falta de coordinación de estudios médicos, algo que también dificulta el seguimiento médico de las PPL y el avance en su tratamiento. A esto se suma que existe una falta de información por parte de las PPL, a quienes no se les informa si efectivamente se han coordinado sus estudios o no.

*“Solicitó que le hicieran exámenes de sangre por la anemia y nunca le hicieron nada. Acá lo extorsionaron hace meses y la madre tuvo que girar plata relatando que hay actas. Le partieron las costillas del lado derecho y le mandaron placa que nunca se la hicieron”. (Caso 6, CASIM)*

*“Tiene arteria obstruida en el cráneo, lo sacan todos los días a tomar la presión. Le tienen que hacer una tomografía, no sabe si la tiene coordinada y si tiene intervención quirúrgica pendiente”. (Caso 102, SAI-PPL)*

La falta de información es también una particularidad de la vida en el encierro. Es habitual que las PPL no reciben la información sobre las coordinaciones médicas que se realizan extramuros.

#### 3.2.3.5. Atención de salud durante Covid-19

El período de análisis abarca los años desde 2021 a 2023, por lo que en el año 2021 se presentaron casos que se relacionaban con la situación de salud producto de la pandemia de Covid-19. En marzo de 2020 se detectaron los primeros casos en el país y no fue hasta noviembre de ese mismo año que se detectaron los primeros casos en las cárceles uruguayas. Las problemáticas que las PPL enfrentaron durante la pandemia por Covid-19 ya fueron bien

documentadas por Sosa, Taks y Vigna (2022), por lo que aquí se retoman algunos de esos puntos a partir de las denuncias sobre el tema “salud” que incluyen alguna alusión a la situación pandémica.

La situación de pandemia endureció las dificultades de acceso a la salud para los internos, viéndose reducida la atención y el diagnóstico de Covid de alguna forma cooptaba la escena y se subvaloraban otros síntomas o enfermedades. Las personas eran puestas en aislamiento incluso cuando ya tenían un resultado negativo de Covid, lo que podría comprometer a las PPL que presentaban otros cuadros médicos, pues pasaban a ocupar espacios con personas que sí tenían resultado positivo de Covid.

*“Llama nuevamente, no le dieron la medicación, argumentan que solo atienden casos de emergencia por covid. Mañana tendría policlínica en el módulo”. (Caso 40, SAI-PPL)*

*“Según lo referido por familiares del interno estaría con malestares no coincidentes con síntomas de Covid y no habría sido conducido al médico por estar en sector de aislamiento Covid”. (Caso 136, SAI-PPL)*

*“[X] realizó solicitud de asistencia al Dr.[Y], respondió que no hay personal en el equipo de salud por aislamiento covid, hoy hablé nuevamente derivando la situación y solicitando nos indiquen pasos a seguir frente a la situación de aislamiento del equipo”. (Caso 10, CASIM)*

Además, la situación de aislamiento ante un resultado positivo de Covid traía aparejada toda una serie de dificultades extras que provocaba que las PPL no quisieran advertir cuando presentaban síntomas:

*“Tuvo covid, cuando pasa eso lo llevan al calabozo con lo justo, pero no se animan a decir que tienen covid porque los llevan a un mal lugar. No le llevan medicación, y no los ve médico y los operadores no se meten, quedan como en un agujero negro”. (Caso 2, CASIM)*

La situación de pandemia claramente agravó los problemas de acceso a la atención en salud que ya existían en las cárceles, al mermar la atención y al priorizar el diagnóstico de Covid por sobre otros diagnósticos, incluso cuando no existían síntomas compatibles con el virus.

Además, el resultado positivo por Covid implicaba una situación de aislamiento en la que la asistencia era incluso más escasa.

### 3.2.3.6. *No se respeta la dieta alimentaria*

La situación alimentaria también es un problema presente en la privación de libertad. Es bien documentado que la alimentación en las prisiones no es adecuada (Levcovitz et al, 2016; NCAS, 2021). Este problema afecta especialmente a aquellas personas que, por tener problemas gastrointestinales u otros, requieren de una dieta específica, al tener dificultades para que la misma se respete, lo que puede generar un empeoramiento de su condición.

*“Viene madre y me muestra documentos de ASSE. Su hijo fue operado del colon por una herida en región lumbo sacra y pelvis. Esto sucedió en enero de [año X]. Lo vio el médico y le indicó una dieta que nunca le dieron. Anteriormente, le habían sacado un riñón por una herida de bala. Ahora tiene dolor de estómago y madre está preocupada por situación del agua”. (Caso 122, SAI-PPL)*

*“Relatan que hace aproximadamente un mes comienza con dolor y ardor epigástricos, anorexia, repugnancia selectiva al mate, adelgazamiento, episodios de sangrado digestivo bajo, hemorroides, con paquete hemorroidario visible, doloroso, que le dificulta caminar, acompañado de astenia y adinamia. (...) Fue visto por médico (...)indicándole dipirona (novemina) y dieta gástrica (trae orden médica) que manifiestan no se cumple, recibe alimentación de rancho”. (Caso 117, SAI-PPL)*

El acceso a una alimentación de calidad y a agua potable está contemplado en las Reglas de Mandela, en su regla n° 22. A pesar de esto, los problemas de salud surgidos por la mala alimentación también están entre los principales problemas que se vivencian en prisión. Incluso desde la OCP se presentó un habeas corpus por la mala calidad de la alimentación en la Unidad n°4, que culminó con una orden del juez para que obligaba al Ministerio del Interior y al INR a crear un plan de mejora de la alimentación. En palabras de una asesora de la OCP:

*“Después este lo que es digestivo. El gran problema que hay con ellos es la parte de las comidas, en la alimentación. La comida de Rancho que es mala, o sea, de hecho, se hizo un habeas corpus, que se ganó, que es sobre alimentación. La alimentación es insuficiente en nutrientes, en proteínas, por lo cual todo el sistema inmunitario baja donde todas, no hay desnutridos. No podemos decir porque en realidad es otro tipo de diagnóstico, pero sí detectamos el bajo peso y el hambre que pasan y la comida, claro, es como un caldo con grasas*

*con pocas verduras. (...). Eso genera, a nivel de salud, trastornos digestivos, gastritis, que eso es otra cosa, pila, temas intestinales, las hemorroides”. (Entrevista 2)*

### *3.2.3.7. Las mujeres embarazadas en prisión*

Las mujeres embarazadas privadas de libertad suponen una población altamente vulnerable, especialmente cuando se ve afectado su acceso a la salud. La salud sexual y reproductiva constituye un derecho humano consagrado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, entendiendo la salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y son parte esencial del derecho a la salud. Esto incluye la importancia de garantizar el acceso a educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto. (ONU, 1994) A pesar de esto, se encuentran varias situaciones en las que se ven vulnerados los DDSSRR de las mujeres embarazadas, algo que puede poner en riesgo sus vidas y de su embarazo. La falta de controles, la falta de estudios médicos y de ecografías, algunas dificultades para acceder a consulta con médicos de la unidad, así como incluso falta de atención ante dolores o síntomas de riesgos para el embarazo no son atendidos con la urgencia requerida. Además, nuevamente entra en juego la falta de información en las mujeres, quienes no tienen siempre conocimiento sobre las fechas para realizar los controles y las ecografías correspondientes.

*“El día [X] de noviembre realizamos una visita a la Unidad [Y] donde entrevistamos a la Sra. [Z] en el marco del monitoreo de las condiciones de vida de las mujeres en período de gestación. (...) Cabe mencionar que tomó conocimiento de su embarazo luego de su ingreso a prisión, encontrándose previamente en situación de calle y con problemas de consumo de sustancias. No tiene ninguna ecografía de todo su embarazo, estimándose que se encuentra de 24 semanas de gestación”. (Caso 160, SAI-PPL)*

*“Tenía conducción para el [X] de mayo y no la llevaron [...], la llevaron [diez o doce días después], solo le tomaron la presión y la pesaron, y no le quisieron hacer la ecografía. Tenía la placenta inmadura y por eso el bebé estaba sin latidos cuando le hicieron la ecografía el [Y] de mayo. Le dieron pastillas para que aborte y la llevaron para su sector, la asistió una compañera [...], tiene el feto en un balde” (Caso 152, SAI-PPL)*

La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece en su artículo 12, que todos los Estados partes deben garantizar todos los servicios

necesarios durante el embarazo, el parto y el posparto, proporcionando servicios de salud gratuitos. (ONU, 1981) Este debe ser un derecho de todas las mujeres, incluso de las que se encuentran en prisión. Esta situación también contraviene las Reglas de Bangkok que, en su regla n° 48, establece que las mujeres privadas de libertad que estén embarazadas recibirán asesoramiento sobre su salud y una dieta adecuada. (ONU, 2011)

### **3.2.4. Salud Mental y Adicciones**

#### *3.2.4.1. Atención psiquiátrica y acceso a la medicación*

Los pedidos de acceso a la salud mental, especialmente en SAI-PPL, son concernientes al acceso a atención psiquiátrica con el fin de poder acceder a la medicación o para recibir ajustes en la misma. En algunos casos, a pesar de los pedidos reiterados, no se concreta la atención, incluso cuando se tiene pase.

*“Lleva 4 años preso y 6 meses en la Unidad [X]. Lo ha visto el médico y le ha dado pase al psiquiatra, pero no ha tenido consulta con él y por lo tanto no recibe la medicación para la adicción que necesita. En las anteriores unidades en las que ha estado recibía la medicación”. (Caso 77, SAI-PPL)*

*“Traslada que le han bajado la medicación psiquiátrica y que no sería suficiente ya que se encuentra muy deprimido y con problemas para dormir, al parecer ha solicitado ser visto por el equipo de salud mental para ser re-evaluado y no ha tenido respuesta”. (Caso 66, SAI-PPL)*

Por otro lado, entre quienes ya tienen un tratamiento con psicofármacos establecido, se presentan problemas para el acceso continuo al mismo, vivenciándose interrupciones abruptas o una intermitencia en la administración de la medicación.

*“Le falta la mitad de la medicación. Tiene varios IAE, estuvo en Vilardebó internado. Tiene depresión. Hace 4 meses que empezó a drogarse. [...]. PASAR A SALUD MENTAL URGENTE POR IAE. Tiene que medicarse 3 veces al día y se la dan una vez al día”. (Caso 15, SAI-PPL)*

Estas interrupciones en el acceso a la medicación también suceden cuando se traslada a una PPL de una unidad a otra, ya sea por un castigo o de forma permanente. Incluso en aquellos

casos en que se traslada entre unidades atendidas por el mismo prestador, se presencia una dificultad por acceder a la medicación a la que accedía en la unidad en la que estaba recluido anteriormente.

*“Estaba en [Unidad X], llegó a [Unidad Y] hace tres meses. Tuvo comisión fajinero en las [Unidad X]. Allí tomaba medicación (Quetiapina, Clonazepan) y Omeprazol. En [Unidad Y] no le dan esos medicamentos”. (Caso 78, SAI-PPL)*

*“Tiene problemas psíquicos, cuando estaba en [Y] estuvo internado. La mamá plantea que le sacaron la medicación al ingreso a la [Unidad X] y ella reclamó en la cárcel y le dijeron que le dieron una medicación”. (Caso 5, CASIM)*

Continuar con los tratamientos que se comenzaron cuando la PPL estaba en libertad también es una dificultad. Para poder recibir la medicación que recibía en el exterior las PPL deben esperar a que se acceda a su historia clínica o ver a un psiquiatra que les recete nuevamente la medicación. Mientras se espera que alguna de esas dos cosas suceda, las PPL deben mantenerse un tiempo considerable sin recibirla.

*“[X] toma desde el 2011 medicación psiquiátrica, analfabeto, no cursó educación formal. 5 IAE, Hace un mes que ingresó a la unidad [...], le dieron condena de 5 meses, le dicen que hasta que no llegue su historia clínica no pueden asignarle medicación. Le falta cloraten, regulador de humor, quetiapina, parnox. Hace días que está alterado, no puede dormir”. (Caso 32, SAI-PPL)*

*“Hace 20 días que está preso nuevamente, estaba en situación de calle. Ha sido consumidor de varias sustancias desde adolescente. Estuvo 15 días en CIDD y ahora hace 5 que está en [Unidad X]. La madre lo vio tranquilo ahora, pero necesita medicación. Ella solicita que sea valorado por psiquiatra, ya ha sido paciente de Vilardebó (¿patología dual?). En reclusión anterior lo vio psicólogo por la abstinencia, pero no psiquiatra”. (Caso 8, SAI-PPL)*

Por otra parte, los realojos internos dentro la misma unidad también son motivo de interrupción de la medicación, especialmente cuando se trata de un realojo a partir de una sanción.

*“Llamó a la hermana para decirle que está encerrado. Trancado en una celda de castigo. No le dan la medicación. Tiene que tomar 3 comitoína por día de por vida. Ojo es adicto. Y tomaba quetiapina y un ansiolítico. El sufre de depresión, tuvo 2 IAE afuera*

*en la calle. Salió mal de [Unidad X]. Le han dado ataques de esquizofrenia (...)*". (Caso 31, SAI-PPL)

#### *3.2.4.2. Atención psicológica, riesgo suicida y autolesiones*

Por su parte, en cuanto al acceso a la atención psicológica, no parece existir una demanda activa de las PPL por atención en salud mental, a excepción de la atención psiquiátrica como se mencionó anteriormente con el objetivo de acceder a la mediación. En las descripciones de los planteos y denuncias suele haber descripciones de situaciones que culminan en una derivación por parte de la oficina o en pedidos de familiares solicitando este tipo de atención, sin que haya un pedido expreso de las PPL de querer atención en salud mental. Estos casos suelen estar relacionados con personas que han tenido intentos de auto-eliminación (IAE) o tienen riesgo de IAE, así como casos que tienen consumo problemático de drogas y requieren tratamiento.

Los tratamientos en salud mental parecen estar centrados en los tratamientos con medicación, por sobre otros tipos de tratamiento como puede ser tratamiento psicológico. Es importante destacar que existe un importante consumo de psicofármacos dentro de las cárceles (Levcovitz et al, 2016), lo cual da lugar a la comercialización e intercambio interno de medicamentos (NCAS, 2020) Esta parece ser una situación naturalizada por los propios internos/as, quienes no parecen tener una demanda activa por atención psicológica, pero que no la rechazan cuando se les plantea como una posibilidad. También hay que considerar que Sanidad Policial no cuenta con un equipo de salud mental como sí lo hace SAI-PPL, lo que puede estar también determinando la poca demanda en estas unidades.

Entre los casos de salud mental se encuentran muchas situaciones de personas con ideas de IAE y con intentos pasados que no reciben ningún tipo de atención o que sólo reciben tratamiento con medicamentos. También se evidencian problemas de los servicios asistenciales en la captación de las personas que necesitan atención en salud mental, incluso luego de que tengan un IAE o se autolesionen.

En algunos casos existe una asociación entre las malas condiciones de encierro y situaciones de amenazas con los síntomas depresivos y las ideas suicidas. Volviendo nuevamente a los "dolores del encierro" que agravan ya la pérdida de la libertad.

*"La madre se presenta diciendo que las personas que están en la celda contigua a la de su hijo, están acosando y amenazando a su hijo. Le han tirado agua caliente, lo intentan lastimar, lo amenazan. Al parecer todo se trata de que le piden que comparta*

*sus alimentos y bienes personales. A veces él ha accedido, pero en otras oportunidades no y esto ha ido generando este relacionamiento estresante que ha afectado su salud mental ya que tiene dos antecedentes de suicidio, la madre cree que podría estar pensando en un tercer intento ya que en su es algo que ha ocurrido muchas veces en diferentes integrantes de la familia”.*

Los intentos de suicidio algunas veces son castigados, poniendo en aislamiento a las PPL o trasladándolas a otras unidades en lugar de brindar atención en salud mental, algo puede terminar agravando la situación de las mismas.

*“Hacia 10 meses que no consumía y consumió, se empastilló y se cortó, se fue al calabozo y estuvo dos días y fue para el pabellón [Z]”. (Caso 1, SAI-PPL)*

Este tipo de respuesta está relacionada al hecho de que, de acuerdo con el relato de una asesora, en el Reglamento de Conveniencia y Disciplina del INR se establece como pasible de sanción las acciones destinadas a manipular a las autoridades. En este sentido, se ve a las autolesiones o a los intentos de autoeliminación como una forma de manipulación para conseguir algo, como puede ser traslados, realojos, etc.

#### *3.2.4.3. Tratamiento*

El consumo de sustancias es una de las problemáticas más extendidas dentro del sistema penitenciario uruguayo, representando no sólo un problema de salud pública, sino un fenómeno que afecta la convivencia, las relaciones interpersonales y la reincidencia delictiva. A pesar de su relevancia, existen escasas prestaciones para la atención al uso problemático de sustancias. La Junta Nacional de Drogas (JND) trabaja en conjunto con SAI-PPL e INR en la implementación de dos dispositivos para el abordaje del uso problemático de drogas, pero su alcance está limitado a algunas unidades y su cobertura es muy baja. (Vigna, 2024)

En el análisis del RPD, la principal demanda del foco temático “adicciones” es por el acceso a tratamiento. De la redacción de las mismas, no es posible determinar para la mayoría de los casos si se trata de un pedido activo por parte de las PPL o que a partir de la sugerencia de las y los asesores la persona manifiesta querer unirse a algún programa de tratamiento al uso problemático de drogas.

*“Consumo problemático. Tiene interés en hacer tratamiento de adicciones”. (Caso 9, SAI-PPL)*

*“Soy vendedor de ropa, caí preso porque soy adicto, necesito entrar en un programa de adicciones. Me drogaba antes de entrar en la cárcel, ahora no. Quedó en lista para que [X] lo vea a los efectos de solicitar el tratamiento y llenar la ficha de adicciones”*  
(Caso 42, SAI-PPL)

Es menester destacar que desde la OCP se ha llevado a cabo un trabajo de detección de personas con consumo problemático de sustancias y la realización de informes para solicitar que accedan a tratamiento a las autoridades ejecutivas. Esto se complementa con acciones judiciales en casos concretos presentadas ante los Juzgados de Ejecución y Vigilancia solicitando que se garantice el acceso a un tratamiento adecuado. (OCP, 2022)

### **3.2.5. Síntesis del apartado**

El ingreso a los centros penitenciarios debería tomarse como una nueva oportunidad para que las PPL, que en general han tenido poco contacto con los servicios de salud en libertad, puedan ser captadas y recibir tratamiento y/o rehabilitación adecuadas. (Priore, 2023, p. 6) Pero las carencias en el acceso a la asistencia sanitaria y las fallas en la atención preventiva hacen que esto no sea posible. Por un lado, dentro de las unidades existen dificultades para un tratamiento adecuado, las interrupciones en la administración de la medicación y por las barreras para acceder a los servicios de salud de las unidades. A esto se suman los problemas para recibir atención en los servicios extramuros debido a la falta de móviles o personal de custodia para los traslados, así como la coordinación de estudios o cirugías, que se ve agravado por la falta de información de las PPL respecto a fechas, horarios y resultados. En el caso de las mujeres, es importante resaltar las dificultades de las mujeres embarazadas para acceder a los controles necesarios, viendo afectados sus derechos sexuales y reproductivos. Por otra parte, la atención en salud mental parece estar centrada en tratamientos con medicamentos, dejando la atención psicológica en segundo plano. Esto tiene consecuencias en la alta demanda que existe por atención psiquiátrica y por medicación, presentándose como los dos principales problemas en salud mental que llegan a la OCP.

Si bien SAI-PPL tiene un equipo de salud mental, este aún no es suficiente para abarcar a toda la población carcelaria que necesita este tipo de atención. A esto se suma que Sanidad Policial no tiene un equipo especializado en salud mental. Por su parte, hay una demanda por tratamientos para las adicciones

## V. Reflexiones Finales

Por último, se van a desarrollar algunas reflexiones finales en torno a dos ejes. En primer lugar, con respecto al Registro de Planteos y Denuncias, sus potencialidades y problemas, para luego plantear algunas recomendaciones para mejorar el mismo. En segundo lugar, se presentarán algunas conclusiones en torno a la consecución de los objetivos y las actividades que se habían planteado en el Plan de Trabajo durante la pasantía.

El Registro de Planteos y Denuncias (RPD) tiene una gran potencialidad, especialmente como fuente de la labor que lleva a cabo la OCP. Aunque también es relevante la fuerte presencia que parece haber de la oficina en aquellas unidades y módulos que presentan las peores condiciones de reclusión, pues una parte importante de las denuncias y planteos provienen de aquellas unidades y módulos que tienen condiciones de trato cruel, inhumano o degradante, algo que puede dar cuenta del potencial que el RPD puede tener para el monitoreo de las condiciones de vida de las PPL y de la vulneración a los derechos humanos.

Sin embargo, el RPD presenta algunas debilidades que deberían solucionarse para poder mejorar la calidad de los datos, ya que actualmente existen problemas que pueden afectar la confiabilidad de los mismos. Por un lado, aún persiste un porcentaje importante de casos duplicados en el sistema. A esto se suma un problema identificado durante la pasantía de que existen casos de formularios duplicados que, si bien tienen una misma cédula de identidad, posteriormente se verificó que correspondían a personas diferentes. Por otro lado, hay un gran porcentaje de missing en la mayor parte de las variables, especialmente las variables sociodemográficas como el sexo, la edad y la nacionalidad que son de gran relevancia para el análisis de los datos. Aunque se buscó solucionar este problema en el proceso de consolidación de la base, no fue posible disminuir el porcentaje de missing para todas las variables utilizadas.

En segundo lugar, la menor presencia de las y los asesores en las unidades del interior hace que haya una subrepresentación de ellas en la base RPD, lo que genera un problema de representatividad cuando se toma en consideración la población penitenciaria en estas unidades. Si bien se puede alegar que esto se debe a que en las unidades del interior hay mejores condiciones, se debe tomar en cuenta que, según el último informe de la OCP en 2023, la mayor parte de las unidades del interior presentan hacinamiento crítico (11 de 15), algo que afecta a todos los ámbitos de la vida en prisión. Además, tres unidades del interior presentan condiciones de trato cruel, inhumano o degradante (OCP, 2023, págs. 90, 95) Esto da cuenta

de que en las unidades del interior también existe una diversidad de situaciones, incluso a la interna de las mismas unidades, que no se está viendo representada en el RPD.

A continuación, se van a desarrollar algunas recomendaciones.

- 1) En primer lugar, es necesario que a nivel institucional se enfatice en la importancia del registro digital de las denuncias o planteos para poder tener acceso a datos más representativos de la situación en las cárceles y del accionar de la oficina.
- 2) En segundo lugar, sería conveniente que se implemente alguna medida para reducir el número de casos duplicados. Actualmente cuando un caso presenta más de un formulario, se despliega un mensaje en la parte superior del mismo, pero esto no ha sido suficiente para solucionar el problema.
- 3) En tercer lugar, se plantean tres recomendaciones para la mejora del formulario:
  - Primero, sería conveniente poder diferenciar el tipo de intervención que se está registrando, dando la posibilidad de distinguir entre lo que es una denuncia o planteo con respecto a otros tipos de intervenciones que se registran, como puede ser el accionar de la oficina, información nueva sobre un caso, entre otros.
  - Segundo, se recomienda separar la variable “módulo/piso” en dos variables, relevando esta información por separado. Además de hacerla una variable cerrada con las categorías de módulo predeterminadas, lo que permitiría estandarizar el registro de la misma que, actualmente, al ser una variable de categoría abierta, es registrada de forma diferente por los asesores. Esto ayudaría, por un lado, a un mejor registro de esta variable y, por otro, ayudaría en su posterior análisis, permitiendo incluso comparar los datos con la clasificación semáforo de la oficina.
  - Por último, el análisis de los focos temáticos “salud”, “salud mental” y “adicciones” permite dar cuenta de la heterogeneidad de situaciones que un mismo foco temático presenta, por lo que sería conveniente realizar una recategorización de esta variable. (Ver ANEXO, sección 4 por una posible recategorización)

Por último, durante el proceso de pasantía se logró desarrollar casi la totalidad de las actividades planteadas en el Plan de Trabajo, permitiendo alcanzar todos los objetivos

específicos planteados en el mismo. Además, durante la pasantía surgieron otras actividades que enriquecieron el análisis del RPD, como fue la realización de entrevistas a asesoras de la OCP como forma de profundizar un poco más en su labor y sus respuestas a las denuncias y planteos recibidos o la elección del tema salud para profundizar en el análisis cualitativo. La única actividad que formó parte del Plan de Trabajo que no pudo ser llevada a cabo al momento de elaborar este informe, fue la presentación de los resultados ante la OCP, debido a la imposibilidad de concretar una fecha en que puedan participar las y los asesores. A grandes rasgos, tanto las actividades como el cronograma planteados en el Plan de Trabajo fueron concretados en su totalidad, a excepción de la reunión con los distintos actores de la OCP, permitiendo alcanzar los objetivos planteados inicialmente.

## VI. Autoevaluación

En este apartado se plantearán algunas reflexiones en torno al proceso de pasantía como modalidad de egreso para la Licenciatura en Sociología y la experiencia en la oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario.

En primer lugar, la pasantía como modalidad de egreso es una buena oportunidad para acercarse a la labor del quehacer sociológico, al permitir poner en práctica el conocimiento adquirido a lo largo de la carrera al mismo tiempo que se está en contacto con personas que están ejerciendo la profesión, algo que es muy enriquecedor como experiencia para el futuro ejercicio de la misma. Pero, además de aplicar lo aprendido durante la formación académica, también se va adquiriendo nuevo conocimiento al tener que llevar a cabo una búsqueda de antecedentes que den marco a nuestro trabajo y a la continua reflexión metodológica a lo largo de la pasantía. Por último, la pasantía también es una oportunidad para poder entender el aporte que podemos hacer a la creación de conocimiento de las diferentes realidades de nuestra sociedad.

En segundo lugar, expondré algunas reflexiones en torno a mi experiencia en la oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario. Quiero destacar la buena recepción de todos los integrantes de la OCP, siendo cálido cada intercambio desde el primer día. Además, siempre se aseguraron de que tuviese un lugar en el que pueda realizar mis tareas. También tuve la oportunidad de intercambiar más profundamente con dos asesoras, quienes aceptaron ser entrevistadas para esta pasantía, y me compartieron muy amablemente su conocimiento sobre

la labor de la oficina y se interesaron por el trabajo que estaba realizando. A ellas les agradezco profundamente.

En este proceso fue de especial importancia el rol de Santiago, con quien tuve un contacto frecuente en esta pasantía y me guió atentamente durante todo mi pasaje por la misma. Compartió conmigo su conocimiento de la realidad penitenciaria y sobre la labor de la OCP, permitiéndole darle contexto a la tarea que estaba realizando. Con su carácter abierto, permitió que existiera un intercambio fluido entre ambos, siempre escuchando mis ideas y también aportando las suyas para alcanzar el mejor resultado.

Por último, pero no menos importante, el intercambio con Ana, la tutora de esta pasantía, fue muy importante para que el trabajo realizado en esta pasantía llegara a buen puerto. Con su conocimiento no solo de la práctica sociológica, sino de la investigación y conocimiento metodológico, hizo que con sus aportes pueda enriquecer mi trabajo. Siempre fue receptiva con mis preguntas y dudas, y sentí que con cada intercambio me hacía repensar y reflexionar sobre mi trabajo. Ana fue una docente referente durante la carrera, por lo que fue una grata noticia cuando aceptó ser la tutora de esta pasantía.

## VII. Bibliografía

Castelli, L.; Rossal, M.; Keouroglian, L.; Ramírez, J.; Suárez, H. (Coords.) (2019) *Desarmando tramas: dos estudios sobre consumo de drogas y delito en población privada de libertad Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. Montevideo, Uruguay.

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2020) *Informe temático: salud y alimentación en el sistema penitenciario*. Análisis de las Unidades 7 (Canelones), 12 (Rivera) y 13 (Maldonado). Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Uruguay.

Keuroglián, L.; Ouviaña, G.; y Sosa Barón, S. (2022) *Informe de Registro de Planteos y Denuncias (RPD). N°1. 1er Trimestre de 2022*. OCP. Uruguay.

Levcovitz, E.; Fernández Galeano, M.; Rodríguez Buño, R.; Benia, W. (2016) *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico*. OPP. Uruguay.

Minayo, M. C., & Ribeiro, A. P. (2016). *Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil*. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, 21(7), 2031–2040. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>

Nada Crece a la Sombra (2020). *Diagnóstico del estado de situación de las mujeres y personas trans privadas de libertad en Uruguay de 2019 a marzo de 2020*. Disponible en: <https://nadacrecealasombra.com/wp-content/uploads/2023/09/Diagnostico-mujeres-presas-2019-2020.pdf>

Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario (2020) *Cárcel, dignidad y derechos humanos. Hacia una doctrina sobre trato cruel, inhumano o degradante*. Informe Especial 04, documento de trabajo. Montevideo, Uruguay.

Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario (2021) *Informe Anual. Situación del sistema carcelario y de medidas alternativas*. Montevideo, Uruguay.

Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario (2022) *Informe Anual. Situación del sistema carcelario y de medidas alternativas*. Montevideo, Uruguay.

Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario (2023) *Informe Anual. Versión Preliminar. Situación del sistema carcelario y de medidas alternativas*. Montevideo, Uruguay.

Organización de las Naciones Unidas (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Organización de las Naciones Unidas. (1955) *Reglas Nelson Mandela: Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*. Congreso de las Naciones Unidas sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Versión 2015

Organización de las Naciones Unidas (1966) *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos*.

Organización de las Naciones Unidas (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.

Organización de las Naciones Unidas (1984) *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*.

Organización de las Naciones Unidas (1994) *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre.

Organización de las Naciones Unidas (2001) *Protocolo de Estambul: Manual para la Investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*.

Organización de las Naciones Unidas (2002) *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*.

Organización de las Naciones Unidas. (2011). *Reglas de Bangkok: Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes*.

Organización Mundial de la Salud (2014) *Prisons and Health*. Fact Sheet. Oficina Regional de Europa.

Priore, José Luis. (2023). *Salud en cárceles del Uruguay. Reflexiones y propuestas de intervención en gestión y política sanitaria*. Revista Uruguaya de Enfermería (En línea), 18(1), e501. Epub 01 de junio de 2023. <https://doi.org/10.33517/rue2023v18n1a1>

Procuración Penitenciaria de La Nación (2020) *La atención a la salud en las cárceles federales :percepciones de las personas detenidas, diagnóstico y recomendaciones*. Coordinación general de Marta Monclús Masó ; Andrea Triolo. - 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sosa Barón, S. Taks, M. y Vigna, A. (2022) *Pandemia y situación penitenciaria en Uruguay*, en Revista Electrónica Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales. Ambrosio L. Gioja. Nro. 29, pp. 27-52. Universidad de Buenos Aires. ISSN: 1851-3069.

Sykes, G. (1958). *The society of captives: a study of a maximum security prison*. Nueva Jersey: Princeton University Press.

Taks, M. (2021) *Monitoreo de prisiones: la relevancia de contar con datos de calidad. Una aproximación al caso uruguayo* [en línea]. Informe de pasantía. Montevideo : Udelar, FCS.

UNODC (2021) *Manual sobre medidas no privativas de la libertad que responden a las cuestiones de género*. Viena.

van den Bergh, Brenda J et al. *Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health*. *Bulletin of the World Health Organization* vol. 89,9 (2011): 689-94. doi:10.2471/BLT.10.082842

Vigna, A. (2013) *Análisis de datos del I Censo Nacional de Reclusos, desde una perspectiva de Género y Derechos Humanos*. Mesa de Trabajo sobre Mujeres Privadas de Libertad /ONU Mujeres.

Vigna, A. (2022) *Maternidad, cárceles y medidas alternativas a la privación de libertad*. Consultoría para la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Uruguay.

Vigna, A. (2024) *Libro blanco de reforma penitenciaria en Uruguay*. Ministerio del Interior-Banco Interamericano de Desarrollo.

Vigna, A.; & Sosa Barón, S. (2019) *Muertes en las cárceles uruguayas. Magnitud del fenómeno y problemas para estudiarlo*. Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS, vol. 32, n.º 45, julio-diciembre 2019, pp. 39-66.