

Salud en cárceles del Uruguay. Reflexiones y propuestas de intervención en gestión y política sanitaria

Health in Prisons of Uruguay. Reflections and Proposals for Intervention in Management and Health Policy

Saúde nas prisões do Uruguai. Reflexões e propostas de intervenção em gestão e política de saúde

José Luis Priore¹

¹Licenciado en Enfermería. Magister en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Adjunto a la Dirección del Servicio Médico Penitenciario de la DNCPy CR (2008-2010). Director de Salud de INISA (2015-2020). Contacto: jpriore@adinet.com.uy ORCID: 0000-0002-7537-2269.

Resumen:

La oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario del Uruguay es la que, de acuerdo al mandato legal que la regula, supervisa y asesora sobre el sistema penitenciario de adultos. A fines del mes de abril de 2022 presentó su informe preliminar correspondiente al año 2021 sobre la situación del sistema penitenciario en nuestro país. Si bien el informe alcanza múltiples áreas temáticas, que abarcan desde la administración penitenciaria hasta el papel de organismos externos que inciden en el instituto, el objetivo del presente trabajo es poner foco en los aspectos de salud del informe, realizar un análisis de los mismos, exponer algunas reflexiones y plantear hacia dónde debería dirigirse una política nacional y de gestión de la atención en salud en contextos de encierro en el país. El informe describe un sistema penitenciario que no llega al nivel mínimo de lo que establecen los estándares internacionales; hasta el momento, el Ministerio de Salud no ha creado aún un área específica que dirija y regule una estrategia de salud penitenciaria a nivel nacional; la asistencia sanitaria está fragmentada y débil afectando prisioneros, sus familias y la comunidad. Una política unificada liderada por un área definida en el Ministerio de Salud, basada en la atención primaria, con participación de todos los actores que intervienen en el sistema penitenciario, impulsando campañas que incluyan a los privados de libertad como usuarios activos, además de proteger y capacitar al personal, son algunos de los aspectos que una estrategia nacional de salud en prisiones debería considerar para garantizar un acceso universal y de calidad.

Palabras clave: prisiones, atención primaria en salud, gestión de salud, política de salud.

Abstract:

The Prison Parliamentary Office of Uruguay is the one that, according to the law, supervises and advises the adult penitentiary system. At the end of April 2022, it presented its preliminary report for the year 2021 on the situation of the prison system in our country. Although the report covers multiple thematic areas, ranging from prison

administration to the role of external organizations that affect the institute, the purpose of this article is to focus on the health aspects of the report, analyze them, present some reflections, and propose where a policy of prison health care and management should be directed in the country. The report shows a prison system that does not meet the minimum level established by international standards. So far, the Ministry of Health has not yet created a specific area that directs and regulates a prison health strategy in the country. Assistance is fragmented and weak, affecting prisoners, their families and the community. A unified policy led by an area defined in the Ministry of Health, based on primary care, with the participation of all actors involved in the prison system, promoting campaigns that include prisoners as active users, in added a protect and train staff, are some of the aspects that a national health strategy in prisons should consider to guarantee universal and quality access.

Keywords: Prisons, Primary Health Care, Health Management, Health Policy.

Resumo:

O Escritório Parlamentar Prisional do Uruguai é o que, de acordo com a lei, supervisiona e assessora o sistema penitenciário adulto. No final de abril de 2022, apresentou seu relatório preliminar correspondente ao ano de 2021 sobre a situação do sistema prisional em nosso país. Embora o relatório abranja múltiplas áreas temáticas, que vão desde a administração penitenciária até o papel das organizações externas que afetam o instituto, o objetivo deste artigo é focalizar nos aspectos de saúde do relatório, analisá-los, apresentar algumas reflexões e propor para onde uma política de atenção e gestão em saúde penitenciária deve ser direcionada no país. O relatório mostra um sistema prisional que não atinge o nível mínimo estabelecido pelas normas internacionais. Até o momento, o Ministério da Saúde ainda não criou uma área específica que direcione e regule uma estratégia de saúde prisional em nível nacional. A assistência é fragmentada e fraca, afetando os presos, suas famílias e a comunidade. Uma política unificada liderada por uma área definida no ministério da saúde, com base na atenção primária, com a participação de todos os atores envolvidos no sistema prisional, que promove campanhas que incluam os presos como usuários ativos e protejam e capacitem o pessoal, são algumas das dos aspectos que uma estratégia nacional de saúde nas prisões deve considerar para garantir o acesso universal e de qualidade.

Palavras-chave: prisões, atenção primária à saúde, gestão em saúde, política de saúde.

Recibido: 20220610

Aceptado: 20220921

Introducción

Nuestro país continúa sosteniendo un sistema penitenciario que llama la atención debido a su dimensión, dado que el número de personas privadas de libertad (PPL) ha aumentado en forma constante desde hace más de 20 años⁽¹⁾. El informe preliminar 2021 —informe que realiza anualmente— (1), advierte un promedio anual de 13.693 personas privadas de libertad (PPL), ubicando a Uruguay en el puesto número 12 de 222 países del mundo, con una tasa de 386/100 mil habitantes⁽²⁾. Este incremento sostenido ha hecho dificultosa la respuesta estatal para sostener los servicios que necesita, fallando en muchos casos las logísticas para dar las respuestas necesarias y generando en consecuencia irrupciones en la gestión en todas las áreas. Servicios como seguridad, alimentación, educación, salud, entre otros, plantean desafíos de ejecución en su globalidad, siendo estos variables en las 26 unidades penitenciarias que hay en todo el país. Debe tenerse en cuenta también, que si bien la existencia de PPL es mayoritariamente masculina (95 %), se encuentran también privadas de libertad un número creciente de mujeres y unos 50 niños junto a ellas. Cifra que se ha mantenido en ascenso en los últimos años, sobre todo a partir de la implementación de la Ley de 19.889(2).

Respecto a la cobertura de salud en el sistema, la misma es gestionada por tres instituciones estatales: ASSE a través del Servicio de Atención Integral a las personas Privadas de Libertad (SAI-PPL) que asiste a aproximadamente el 65 % de la población, en su mayoría del área metropolitana; el servicio de Sanidad del Ministerio de Defensa, a cargo de un porcentaje bastante menor (unas 20 PPL que se encuentran en la Unidad de Domingo Arena y representan el 0.14 % del total); y el restante a cargo del servicio de Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior (aproximadamente 35 %).

Algunos conceptos teóricos sobre salud en contextos de encierro

Debe tenerse en cuenta que desde el momento en que un individuo es privado de libertad es el Estado quien asume el papel garantista de sus derechos, incluido el derecho a la salud. Estos preceptos se encuentran determinados por numerosos tratados

1 Todos los datos que se presentan fueron extraídos exclusivamente del informe.

2 Solo a efectos comparativos, téngase en cuenta que el informe 2019 ubicaba a Uruguay en el puesto 28 del mencionado ranking con entonces una tasa de 321/100 mil, y al mes de abril de 2022 había alcanzado 400/100 mil.

e instrumentos internacionales, en donde se establece que el servicio de atención sanitaria de las PPL debe ser equivalente al brindado en la comunidad; este principio fundamental, es en el que se deben basar la política y gestión de salud para promover los derechos humanos y las buenas prácticas asistenciales⁽³⁾.

Pero además, debemos tener presente que este grupo poblacional, en su mayoría jóvenes que provienen de medios socioeconómicos desfavorables, se reintegran a la vida en comunidad una vez liberadas: por consiguiente, los procesos de enfermedad no controlados en las cárceles cobran especial relevancia en el momento de la liberación, dado que las PPL retornan a la comunidad oficiando como población de tránsito desde el punto de vista epidemiológico. Estos mismos procesos ocurren también con las personas de la comunidad que ingresan regularmente a los centros penitenciarios (funcionarios, familiares o proveedores). Por tanto, la vigilancia y las acciones en salud deben también extenderse y contemplar a quienes cohabitan directa o indirectamente el hábitat penitenciario.

Dadas estas características, la estrategia de abordaje debe tener su centro gravitacional de gestión en torno a un primer nivel de atención energética, dinámica y con gran capacidad resolutoria, pero que acompañe las dinámicas penitenciarias y que tenga como eje un modelo que promueva la *promoción y prevención en salud* (PPS) como estrategia de carácter específico. La respuesta sanitaria debe organizarse con todos los actores intervinientes del sistema penitenciario de forma multisectorial y multidisciplinaria; el objetivo debe centrarse en mejorar la calidad de la vida y el bienestar, debiendo orientarse a promover los mejores niveles de salud posibles, pero también identificando y actuando en los determinantes sociales que inciden en la salud y que están fuera de la atención sanitaria, pero donde la gestión de salud también debe intervenir. Es así, que el Estado debe organizar los servicios en las instituciones de privación de libertad íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad. Existe un consenso general a nivel mundial acerca de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud penitenciarios, y los encargados de formular políticas sanitarias deben tener en cuenta este factor en su planificación estratégica⁽⁴⁾.

Caracterización de la población objetivo

Numerosos informes y estudios de investigación dan cuenta de las características sanitarias de las PPL de nuestro país, que son similares al conjunto de las cárceles de Latinoamérica, en donde la mayoría son personas jóvenes, que pertenecen a grupos vulnerables y con riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura, —desventajas que tienden a concentrarse en las mismas personas con efectos en la salud que son acumulativos—. Además, las condiciones asociadas con la privación de libertad como el alejamiento de sus seres queridos, el hacinamiento, el vivir en lugares cerrados y el aislamiento, también pueden aumentar el riesgo de enfermedades y hasta de suicidio⁽⁵⁾. Otros autores incluyen a las PPL dentro de los endofenotipos identificados como propensos a la conducta de riesgo, categoría que comparten con hombres jóvenes, propietarios de armas, personas sin hogar, personas con enfermedad mental, adictos y víctimas de violencia⁽⁶⁾.

En nuestro país, además de los factores mencionados, el perfil demográfico muestra que un 73% de los hombres y 64% de las mujeres son menores de 36 años, con máximo nivel educativo entre primaria y secundaria; además presentan escaso cuidado de su salud y un importante consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. De modo similar, se caracterizan por el nulo o casi nulo contacto con el sistema de salud previo al ingreso (mayor en hombres), salvo en el caso en que son víctimas de eventos violentos generalmente por armas o accidentes⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Todos estos factores tienen como consecuencia que la demanda asistencial sea mayor que la media de los servicios de salud comunitarios. Pero por otra parte y pese a ello, nuestro país no escapa al común de las cárceles regionales en cuanto al escaso apoyo en recursos y financiación para la asistencia de salud, donde generalmente prima la inversión en seguridad, generando en consecuencia múltiples dificultades en la resolutivez de la atención, que son las principales causas de hospitalización prevenible⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Esto produce, además de los riesgos que se generan como resultado de la internación, grandes costos por el uso inapropiado de recursos y traslado de usuarios, que en el caso de PPL no son movimientos convencionales dado que requieren disposiciones judiciales, dispositivos anexos de seguridad y custodia de permanencia, y a lo que debe agregársele, que muchas veces las PPL son rechazadas en los servicios externos de salud por los riesgos de fugas, rescates y situaciones de violencia⁽¹¹⁾.

Por tanto, dada las características de la población, debe considerarse al ingreso de las PPL a los centros de privación de libertad como una oportunidad de un nuevo contacto con un servicio asistencial, por lo que debe ser utilizado como una ventana de oportunidad para pesquisa de enfermedades, tratamiento y/o rehabilitación. Pero como se mencionó, la PPS también debe constituirse como línea de intervención, que implica construirla como parte de una política de salud, tendiente a crear entornos que fortalezcan la acción comunitaria, desarrollen habilidades personales, y reorienten los servicios, todas ellas estrategias que deben ser aplicadas en estos entornos para generar ambientes más saludables⁽¹²⁾. «Un plan de PPS en cárceles debe contemplar por tanto dos áreas de intervención: una de promoción de salud y prevención de enfermedades prevalentes y otra de vigilancia de la salud de las personas y del entorno frente a emergentes patológicos»⁽¹³⁾. En este marco, deben ser considerados elementos que son cruciales para la salud como ser condiciones de alojamiento, vestimenta y ropa de cama, higiene general y personal, agua y alimentos —en calidad, cantidad e inocuidad—, acceso al aire libre y actividades ocupacionales y educativas que promuevan la participación e interacción social. Acciones estas que, si bien no son gestionadas directamente por los equipos asistenciales, deben ser apoyadas por éstos coordinando las funciones de observación y vigilancia del entorno. También deben contribuir a que las instalaciones destinadas a mujeres cuenten con artículos necesarios de higiene propias de su género, incluidas toallas sanitarias gratuitas y el suministro permanente de agua para el cuidado personal de ellas y niños. Esto exige un equipo de gestión con un fuerte liderazgo, que trabaje articuladamente con la autoridad sanitaria y penitenciaria y que además apoye y motive un equipo asistencial de terreno que oriente a las PPL y al personal penitenciario.

Situación en nuestro país y acciones realizadas

En el año 2005 Uruguay inició un proceso de reforma de su sistema sanitario promulgando la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS-Ley 18.211), cuya premisa consideró pilar fundamental la implementación de una estrategia sanitaria con prioridad en la PPS y la prevención de enfermedad, en una estrategia de atención primaria de salud. En el año 2015, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se conformaron equipos de trabajo en nuestro país que elaboraron además de un

diagnóstico de situación de salud en PPL, una serie de protocolos de actuación enfocados en la atención sanitaria de cárceles, que formaron parte de los productos del proyecto «Salud en los centros de privación de libertad». Estos manuales contienen directivas claras sobre cómo desarrollar una estrategia sanitaria enmarcada en una gestión que deba centrarse en empoderar el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema suponiendo: a) un enfoque estratégico y operativo para alcanzar el mayor nivel de salud posible y de equidad; b) una atención integral con énfasis en la PPS; c) un sólido marco legal, institucional y de recursos humanos, económicos y tecnológicos que permitan garantizar la cobertura y acceso universal; d) prácticas óptimas de organización en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y e) coordinación intersectorial a los efectos de incidir en los determinantes de salud. De esta forma la promoción de la salud brinda un marco de acción que debe interactuar con la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, en noviembre de 2019, la dirección del servicio de salud del Instituto de Inclusión Social Adolescente (INISA) organizó el «Primer conversatorio sobre gestión de servicios de salud en privación de libertad» que convocó representantes de los Ministerios de Salud Pública de Uruguay y Argentina, OPS, Institución de Derechos Humanos, Udelar, Comisionado Parlamentario, Sindicato Médico del Uruguay, Federación de Funcionarios de Salud Pública, Facultades de Medicina, Enfermería y Universidad Católica del Uruguay, y los servicios de salud de SAI-PPL de ASSE, Sanidad Policial e INISA. En dicho conversatorio se realizó una actualización de la situación sanitaria de las cárceles de nuestro país y se elaboró un documento técnico de recomendaciones que fue entregado al subsecretario del MSP en febrero de 2020⁽¹⁵⁾.

Aspectos relevantes a destacar del informe

Si bien el informe de la Oficina del Comisionado Parlamentario se compone de varios apartados, que recorren múltiples aspectos del panorama del sistema penitenciario con un diagnóstico y principales problemas detectados, es importante presentar algunos elementos relevantes que tienen incidencia en aspectos vinculados a salud y que se encuentran en el capítulo VII principales problemas detectados:

Reflexión

Las malas condiciones y falta de enseres básicos afectan las posibilidades educativas, sanitarias y de buena convivencia, generando un relacionamiento inadecuado donde la vida cotidiana deriva en conductas extremas de violencia. [...] La violencia es mayoritariamente el resultado del hacinamiento existente, con superpoblación impactante de celdas en algunas unidades (8 o 9 personas en celdas de tres plazas), y de la falta de actividades de tratamiento. Esto es especialmente visible en los establecimientos de gran tamaño, en su mayoría ubicados en el área metropolitana. [...] La falta de un régimen regular y seguro de patio, con el encierro en celda durante días y semanas sin otra alteración que salir el día de visitas cuando ellas se tienen, tiene un impacto tremendo sobre la salud mental. [...] Debilidad de enfoque de gestión con perspectiva de género en la estructura y organización del sistema penitenciario nacional. [...] Alto consumo problemático de drogas entre las personas que transitan una ejecución penal e insuficientes programas y mecanismos de tratamiento, tanto dentro como con liberados. [...] Falta de equipos técnicos para seguimientos y tratamientos de calidad de las PPL y sus familias. [...] La demanda de cupos educativos supera ampliamente la oferta, que generalmente es pobre en capacitación profesional o técnica. [...] los contenidos de educación formal, en especial en secundaria, son totalmente inadecuados. [...] La falta de personal, en el marco de cárceles desbordadas de población, genera agotamiento del personal, lo que provoca licencias médicas, ausentismo, renunciadas, traslados, incumplimientos normativos y problemas diversos⁽¹⁾.

Aspectos específicos vinculados al área sanitaria

Existen algunos elementos del informe que se destacan por los buenos resultados en salud y que ponen en evidencia la coordinación intersectorial e interinstitucional desarrollada en la gestión de los mismos.

El Instituto Nacional de Rehabilitación en coordinación con SAIPPL y Sanidad Policial llevó adelante una eficiente política para enfrentar la pandemia del covid-19. Pese a la carencia de recursos, se obtuvieron refuerzos institucionales (Sistema Nacional de Emergencias, organismos sociales y aportes de empresas y sindicatos) que permitieron encarar la pandemia con muy buenos resultados. Esto incluyó un buen plan de vacunación que contó con el apoyo del MSP a través de la declaración de prioridad en la vacunación de la PPL. [...] ASSE realizó junto a Sanidad Policial un chequeo médico básico a toda la población penitenciaria. Eso permitió que

todas las PPL tuvieran al menos una instancia con un médico para plantear su situación y que fueran revisados algunos indicadores básicos de salud. La información relevada debe dar lugar ahora a seguimientos médicos, coordinaciones y continuidad de tratamientos⁽¹⁾.

Pero también se desarrollan las grandes dificultades para poder brindar la cobertura asistencial necesaria y que son multicausales.

ASSE no ha aumentado su cobertura en el sistema, por lo que sigue habiendo dos prestadores de salud en el mismo, ASSE y Sanidad Policial, lo cual es ilógico, inadecuado, de complejísima gestión y se aleja del requerimiento de una salud de calidad para todos los habitantes del país. El nivel de la atención sanitaria —por falta de recursos humanos, físicos, coordinaciones externas— está muy por debajo del nivel de la asistencia a la salud en la comunidad. [...] La atención en salud mental sigue siendo deficitaria en el sistema penitenciario. Los intentos de autoeliminación, los casos de depresión severa y los trastornos crónicos persistentes, muestran que la cobertura actual es totalmente insuficiente. Es muy claro además que hay un grupo, pequeño numéricamente pero explosivo y de complejo manejo, que por su patología no puede ser asistida en un centro penitenciario, ya que la lógica del mismo agrava su enfermedad. [...] Es una muy mala práctica que las historias clínicas no acompañen a la persona privada de libertad en los traslados de una unidad a otra. Cuando esto sucede se discontinúan los tratamientos iniciados, se pierden estudios y consultas coordinados con antelación y por lo tanto se perjudica la atención de la salud de los internos/as. Esta falta se da tanto en los servicios de salud de Asse como en los que están atendidos por Sanidad Policial. [...] Muchas muertes además ocurren por procesos que revelan negligencias y vacíos de gestión preocupantes, que revelan en la muerte de un interno su extremo más terrible, pero que dan la pauta de otros cotidianos deterioros y ausencias. En el 2021 hubo 86 muertes bajo custodia, se trata de la mayor cifra ocurrida en un año en Uruguay, superando ampliamente al mayor registro anterior, que fue en el 2010 con 53 muertes. El 2021 también fue el año en que se registraron más muertes violentas (45), de las cuales 21 fueron homicidios, 18 suicidios y 6 muertes accidentales o de causas violentas no aclaradas. En el 2021 hubo 41 muertes por patologías, enfermedades y otras causas naturales o indeterminadas. En 9 de ellas no se contó con información suficiente para determinar la causa de muerte. Estos 41 fallecimientos más que triplican la cifra de

2020⁽¹³⁾ y supera ampliamente la mayor cifra registrada, que fue en el 2013 con 29 fallecimientos de este tipo⁽¹⁾.

Además, en el apartado que recoge el informe sobre las muertes en custodia ocurridas en 2021 y que fue realizado por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se presentan algunos puntos que el propio informe destaca como de preocupación.

La falta de acceso a las historias clínicas y demás documentación sanitaria de las personas fallecidas es una debilidad estructural de este informe y le da obligatoriamente el carácter de primario [...] de todas formas, la falta de información básica, dato de la realidad que conspiró contra una mejor investigación médico-legal de estas muertes, no contribuye a disipar la hipótesis de la responsabilidad del Estado. [...] La otra variable central de este reporte es la comprobación, o no, de negligencias o fallas asistenciales o institucionales manifiestas y con incidencia directa en la muerte. Al respecto se debe precisar en primer lugar, que a partir del conocimiento directo de las condiciones de reclusión en la mayoría de los establecimientos, se puede afirmar que las carencias de asistencia médica oportuna y de calidad para las PPL es una realidad generalizada en el sistema. De tal manera que, en términos generales, las PPL tienen un estándar de asistencia médica inferior al promedio del resto de los habitantes. [...] en una población joven como la carcelaria, la muerte natural obliga a sospechar alguna falla estatal [...] Se mantiene un porcentaje inaceptable de muertes en las que la información disponible ni siquiera permite señalar que su manera de ocurrencia sea natural o violenta. [...] Con los limitados datos obtenidos se determinó que, en 18 de las muertes violentas, en 7 de las muertes naturales y en 2 de las indeterminadas se presentaron manifiestas negligencias o fallas asistenciales en relación con el resultado letal. Eso hace un total de 27 muertes, lo que significa que en casi un tercio del total se verificaron estas fallas ostensibles relacionables con la muerte, aún sin contabilizar la pésima situación general de base en cuanto a condiciones de vida y respuesta sanitaria⁽¹⁾.

Algunos ejemplos de las conclusiones preliminares que presenta el informe sobre las posibles causas de fallecimiento dan cuenta de situaciones como las siguientes.

Tras recibir una herida abdominal por arma blanca, el fallecido permaneció 3 días con síntomas digestivos, con agravación progresiva, sin ser trasladado. Consultando dos veces en el servicio de salud. [...] Se comprobó la falta de

Reflexión

valoración de salud mental en un paciente que mostraba síntomas de depresión y riesgo suicida. [...] El fallecimiento ocurrió sin haber tenido una valoración médica. [...] Falleció por las complicaciones de un cuadro agudo de abdomen reversible (apendicitis), que pudo haberse diagnosticado y tratado oportunamente. [...] La causa básica del fallecimiento fue una tuberculosis diseminada no tratada, acompañada de una importante repercusión general.[...] Tres fallecimientos ocurrieron en el módulo 12 de salud mental que se encuentra al cuidado de personal de enfermería especializado de ASSE y donde el número de personas alojadas en el sector es de sólo 12 plazas.[...] No consta se le haya realizado la evaluación de salud mental y riesgo suicida.[...] Se comprueba una falla evidente en el cuidado del paciente en el módulo destinado al manejo de la salud mental. La muerte fue debida al trastorno que motivó su ingreso. A las fallas en la respuesta por psiquiatría se añaden las fallas del equipamiento de vigilancia.[...] Pese a haberse detectado la gravedad de la situación, por la que se solicitó valoración urgente por psiquiatra, consumó el suicidio tres días después⁽¹⁾.

Reflexiones y propuestas a considerar en una estrategia nacional de atención

Si bien lo mencionado en las citas es una parte del total del informe de 230 páginas, los aspectos que se señalan ponen en evidencia algunas de las dificultades que impactan en la salud de las PPL y por ende en la comunidad. Es cierto que la salud pública como política sanitaria se encuentra en una etapa de nuevos desafíos, no solo por el surgimiento de nuevas patologías que inciden a escala global rápidamente como lo fue la reciente pandemia, sino también debido a los continuos cambios económicos, políticos y sociales que inciden en la equidad en salud de las poblaciones. La falta de insumos básicos, sumados al hacinamiento persistente por el aumento de la población y con el agregado de la violencia, que muchas veces ocurre como forma de resolver la frustración y los conflictos entre las PPL, ponen de manifiesto realidades como las que se presentan.

A ello debe agregársele la falta de líneas estratégicas comunes de asistencia a nivel nacional y la fragmentación de los servicios sanitarios, que terminan por aumentar las debilidades para resolver situaciones de salud que presentan los prestadores. Esto tiene como consecuencia resultados de muertes por evolución espontánea de

enfermedades —que podrían ser totalmente prevenibles—, además de muertes violentas e indeterminadas por falta de registros clínicos. Finalmente, cabe agregar la escasa repercusión y alarma pública que esto genera, en la que da la impresión de la aceptación no solo social sino también de los profesionales sanitarios, de una «normalidad del doble estándar» de asistencia en salud entre PPL y población general.

Como fue planteado anteriormente, debe considerarse la estrategia de salud pensada no solamente en controlar los procesos de salud enfermedad y su impacto epidemiológico en la comunidad, sino también teniendo en cuenta la responsabilidad estatal garantista de derechos de las PPL. Por tanto, un plan de atención sanitario en contextos de encierro debería considerar líneas de trabajo en dos grandes ejes, que promuevan la PPS alineado con la estrategia nacional, y con la participación de los actores involucrados tanto inter como multidisciplinariamente. Estas dos líneas de acción deberían considerar dos componentes estratégicos: uno dirigido a nivel político sanitario nacional y otro que se enfoque en aspectos de la gestión de salud de los equipos sanitarios de las unidades penitenciarias. Se desarrollará a continuación cada uno de ellos.

La estrategia a nivel de política sanitaria

Como se mencionó, la PPS debe constituirse como primera línea de intervención y abordaje a las PPL. Pero esto determina la necesidad de que los equipos de gestión sanitaria asistencial desarrollen acciones coordinadas entre sí, lo que implica la necesidad de evitar la fragmentación asistencial y sistematizar acciones como parte de una política nacional de salud en contextos de encierro alineada con el SNIS. Estas líneas estratégicas permitirían crear entornos sinérgicos de gestión que podrían desarrollar acciones comunitarias y reorientar los servicios de forma igualitaria, pero atendiendo también las particularidades sanitarias de cada centro penitenciario. Algunos aspectos a considerar para poder llevarlas a cabo deberían incluir:

- Definir en la órbita del Ministerio de Salud un espacio —área o programa—, que actúe y funcione como organismo conductor, regulador y rector sanitario, que genere, dirija y acompañe una estrategia nacional de atención a las personas en privación de libertad. Ha existido históricamente una asignación de la gestión de políticas y de asistencia sanitaria de esta población a las áreas de salud mental cuando este enfoque, si bien es importante, es una parte del todo, y no

contribuye a dar una intervención global en los aspectos sanitarios que se ha visto que el sistema requiere. Debería recogerse la experiencia de muchos países que cuentan con áreas específicas en los ministerios de salud y que permiten, a través de lineamientos claros, homogeneizar las estrategias de gestión y atención en salud, evitando así que la misma quede sujeta al criterio de los diferentes prestadores.

- Este espacio ministerial debería liderar la política sanitaria de salud en privación de libertad alineada al SNIS, considerando llevar adelante un modelo integral de gestión que permitiera el alcance del más alto nivel posible de salud de las PPL, mediante lineamientos claros, guías específicas y acciones de rectoría que garanticen condiciones de salud de calidad dirigidas a las personas y al medio ambiente.
- Un área específica en el Ministerio de Salud permitiría también generar espacios formales de mayor coordinación y comunicación, no solo entre los prestadores de salud de privación de libertad, sino también con los prestadores de salud externos para garantizar la referencia, contrarreferencia y continuidad asistencial. Por otra parte, también permitiría llevar estadísticas vitales específicas para poder planificar estratégicamente la atención a nivel nacional y reducir los impactos en la comunidad.
- Si bien existen protocolos de actuación sobre atención en salud para PPL, que abordan distintas especialidades, estos manuales contemplan solamente la atención a la interna de los centros, por lo que se debería generar un ámbito que permitiera unificar los criterios frente a consultas de urgencia y emergencia extrapenitenciarias en segundo nivel asistencial tanto del subsector público como privado. Este ámbito de trabajo debería también ser liderado por el MSP, dado que muchas veces los criterios de recepción de los prestadores no son claros, y la admisión de usuarios privados de libertad queda a criterio de los técnicos o funcionarios que en ese momento reciben el paciente, siendo las PPL muchas veces no aceptadas, o derivadas a otros centros producto de coordinaciones poco claras.
- Se deberían definir instancias de capacitación continua y específica en salud en privación de libertad para los equipos sanitarios que trabajan con PPL. Si bien se encuentran disponibles protocolos elaborados a través del Programa Justicia e

Inclusión del año 2016, sería necesario el desarrollo de una currícula académica a nivel técnico o universitario —diplomatura o postgrado—, que fuera específica en la temática, que tratara no solamente aspectos de salud y enfermedad sino también con un fuerte componente sobre derechos humanos y derechos de poblaciones vulnerables. Esta capacitación debería ser de carácter multidisciplinario y sería altamente positiva que se realizara a través de la Universidad de la República.

La estrategia a nivel de los prestadores

En lo que respecta a los aspectos específicos de la gestión de los equipos de atención en los centros penitenciarios, algunos puntos a considerar deberían tener como objetivo principal el desarrollo de acciones que logren el mayor nivel de salud de las PPL, teniendo en cuenta lineamientos nacionales y atendiendo las particularidades de las poblaciones. Este objetivo marco general, debería contemplar las siguientes acciones:

- Promover una estrategia de atención que permita acciones de promoción, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud en base a normas técnicas y protocolos comunes de actuación, que respeten los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios, así como también el derecho a la decisión informada sobre su situación de salud. Este punto se podría desarrollar a través de acciones como:
 - a) screening y tamizaje de salud al ingreso a PPL con protocolos comunes para todos los servicios. Se podrían utilizar los protocolos de atención al ingreso en privación de libertad de OPS 2016 que se encuentran en total vigencia;
 - b) incorporación de los registros en la HCEA;
 - c) definición a partir de este screening, de una agenda de consultas (interna y externa) que permitiría realizar un seguimiento de patologías según su prioridad de atención;
 - d) coordinación estrecha de dicha agenda con las autoridades penitenciarias para llevarlas a cabo, evitando así barreras de acceso de los PPL a los puntos de atención;
- Fortalecer la cobertura de salud considerando la mayor resolutivez posible de los servicios según niveles de complejidad definidos por áreas geográficas, pero

también coordinando la ejecución según los marcos de descentralización normativa a través de la referencia y contrarreferencia, con dependencias departamentales y nacionales. Este punto debería contener las siguientes acciones principales:

- a) coordinación con servicios externos de primer nivel de atención extrapenitenciarios de las especialidades que no se dispongan en las unidades a través de la RISS. Esto podría realizarse a través de las Unidades de Enlace, con referencia y contrarreferencia fija a las distintas Unidades de ASSE, para concentrarlas por patología y evitar los traslados descoordinados de usuarios.
 - b) utilización de telemedicina con diferentes centros asistenciales, principalmente en el área de salud mental. Esto permitiría no solo mejorar la resolutivez, sino también racionalizar la gran movilización de recursos que implican los traslados.
- Llevar adelante actividades de promoción de la salud con un enfoque integral, preventivo y de contenido humanista, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de las PPL promoviendo la participación activa de las PPL, trabajadores y usuarios. Este punto podría llevarse a cabo mediante:
 - a) distribución de folletos y materiales informativos de los diferentes programas del Ministerio de Salud.
 - b) diagramación y distribución de material informativo propio de salud en contexto de encierro para mantener informada a las PPL sobre información básica;
 - c) involucrar a las PPL en las actividades de promoción y prevención, buscando empoderarlas de las decisiones como herramienta que contribuya, además de promover el autocuidado, a la rehabilitación.
 - d) participación activa de las unidades penitenciarias de las campañas nacionales de promoción de salud del MSP (testeo de VIH, lactancia materna, control de embarazo, alimentación saludable), involucrando activamente a PPL, familiares, funcionarios de salud y del INR.
 - e) Impulso de campañas de promoción y cuidado del medio, en coordinación con INR y también otras instituciones estatales y OSC.

- f) coordinación con servicios externos regionales la consulta al egreso para garantizar la continuidad asistencial de los usuarios al momento de adquirir la libertad ambulatoria.

Conclusiones

El derecho a la salud de las PPL es un derecho humano fundamental y está demostrado además que los procesos de salud-enfermedad intrapenitenciarios repercuten en la comunidad, dado que ellas actúan como población puente de eventos sanitarios, al igual que familiares, personal y proveedores. El informe que presentó a fines de abril la Oficina del Comisionado Parlamentario visualiza escasos cambios significativos con respecto a los anteriores —salvo algunas experiencias de coordinación interinstitucional como la campaña frente a la pandemia o actitudes proactivas para responder a emergencias—, pero el balance general muestra un sistema que no llega al nivel mínimo de lo que establecen los estándares internacionales.

Por otra parte, dado los contenidos presentados, la gestión de la asistencia sanitaria continúa desarrollándose con debilidad, con frágiles resultados y con un Ministerio de Salud que ha respondido con acciones concretas y puntuales a través de las áreas de salud mental, (como lo viene realizando hasta la fecha). Definir un área propia, que lidere una política específica, que unifique y coordine la estrategia de salud penitenciaria a nivel nacional, permitiría guiar la utilización de forma más razonable de los recursos disponibles, además de actuar normativamente como autoridad sanitaria como conductor, regulador y rector sanitario.

En la misma línea, los servicios deberían enfocar la gestión sanitaria en lograr un servicio accesible a la consulta de las PPL tanto de forma espontánea como coordinada, acorde a la demanda de cada servicio y siempre enfocado en una estrategia de APS, con un plan de actividades basadas en la promoción, prevención y acción sobre los determinantes sociales en salud. Esto se logra no solo con inversión, sino también con personal capacitado humana y técnicamente, para generar un servicio de calidad que esté dirigido a los usuarios y sus familias así como también a los trabajadores.

Unificar la atención brindada por los prestadores, fomentar campañas específicas de atención que involucren a las PPL como usuarios activos en su autocuidado, generar acciones informativas de salud, además de proteger y capacitar al personal con enfoque

Reflexión

en derechos humanos y procesos de salud intrapenitenciarios, son algunos de los aspectos que una *estrategia nacional de salud en contextos de encierro* debería considerar para garantizar un acceso universal, integral e integrado de salud, y que contribuirían a la finalidad que todo sistema penitenciario debería ofrecer para para quien transita por él: que el mismo sea una ventana de oportunidad de construcción de ciudadanía.

Referencias

1. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Informe Anual 2021 (Versión Preliminar). Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario. Montevideo. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/cpp/documentos> [consulta 4 de mayo 2022]
2. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Informe especial: prisión domiciliaria asistida para madres con hijos a su cargo en el proceso penal. Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario. Montevideo. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/cpp/documentos> [consulta 6 de mayo 2022]
3. Comité Internacional de la Cruz Roja. Asistencia de salud en lugares de detención. Evaluación de los sistemas de salud Penitenciarios y de las necesidades de salud en las cárceles. Guía y herramientas prácticas. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/publication/evaluacion-sistemas-salud-penitenciarios-necesidades-carceles-herramientas> [consulta el 6 de mayo de 2022]
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N.º 1. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington D. C.: OPS; 2008.
5. Wilkinson R, Pickett K. Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality. *American Jour of Pub Health* [Internet]. 2008;98:699-704. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH2007.109637>
6. Larkin G, Beautrais A. Emergency Departments are Underutilized Sites for Suicide Prevention. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. [Internet]. 2010;31(1):1-6. Disponible en: https://www.academia.edu/27405317/Emergency_Departments_Are_Underutilized_Sites_for_Suicide_Prevention [consulta 10 de mayo de 2022];
7. Vigna A. I Censo Nacional de Reclusos. Ministerio del Interior/DS-FCS. UDELAR; 2010.
8. Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W. Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico. Montevideo: OPP; 2016.

9. Caminal J, Navarro, J. La evaluación de la capacidad de resolución de la atención primaria y su contribución a la efectividad del sistema de salud. La hospitalización por ambulatorycaresensitiveconditions como medida. Revista clínica electrónica en atención primaria. [internet]. 2008. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m6n7/rceap_a2005m6n7a2.pdf. [consulta 6 de mayo de 2022]
10. Ciapponi A, Glujovsky D, Daray F, López A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: Revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables. Banco Interamericano de Desarrollo. Sector Social División de Protección Social y Salud [Internet]. 2012. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/5740#sthash.rWyUrajv.dpuf> [consulta 10 de mayo de 2022]
11. García-Altés A, Borrell C, Coté L, Plaza A, Benet J, Guarga A. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J EpidemiolCommunityHealth*. [Internet]. 2007;61(9):791-796. doi:10.1136/jech.2006.051789
12. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa; 1986.
13. Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, Vivas P. Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad: estrategia de atención integral en el sistema de atención a la salud de adultos y adolescentes en centros de privación de libertad, parte I. Montevideo: OPP; 2016.
14. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documentos finales del Proyecto «Salud en los centros de privación de libertad». Montevideo: OPP; 2016.
15. Instituto de Inclusión Social Adolescente. Primer Conversatorio sobre gestión de servicios de salud en privación de libertad. Servicio de Salud de INISA; 2019.