

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 2020



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Informe temático: salud y alimentación en el sistema penitenciario.

Análisis de las Unidades 7 (Canelones), 12 (Rivera) y 13 (Maldonado)

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura



Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

Dr. Wilder Tayler (Presidente)

Dra. Mariana Blengio Valdés

Dr. Juan Faroppa

Dra. Mariana Mota

Dra. María Josefina Plá

Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)

Director

Dr. Wilder Tayler

Secretaría

Maritza Ramos

Equipo Técnico Interdisciplinario 2019: Psic. Ariadna Cheroni, Dr. Álvaro Colistro, Dr. Daniel Díaz, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dra. Victoria Iglesias, Lic. en Soc. Laura Latorre, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Podestá, Dra. Alicia Saura.

Equipo Técnico Interdisciplinario 2020: Psic. Ariadna Cheroni, Dr. Álvaro Colistro, Dr. Daniel Díaz, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dr. Daniel Fessler, Dra. Victoria Iglesias, Lic. en Soc. Laura Latorre, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Podestá, Dra. Alicia Saura.

Elaboración del Informe

Equipo técnico del MNP: Dr. Álvaro Colistro, Dr. Daniel Díaz, Dr. en Historia Daniel Fessler, Dra. en Medicina Victoria Iglesias. **Cooperación:** Licenciada en Nutrición Elisa Bandeira.

Registro fotográfico

Equipo Técnico Interdisciplinario MNP (2019-2020)

Producción editorial: Susana Aliano Casales

Impresión: Mastergraf

ISBN impreso: 978-9915-9316-0-9

ISBN digital: 978-9915-9316-1-6

Montevideo, octubre de 2020

Resumen ejecutivo

Definiciones preliminares, estructura y objetivos del informe

El presente informe surge del trabajo realizado por un equipo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP)¹ a partir de una serie de visitas no anunciadas efectuadas durante el año 2019.² Se definió como objetivo analizar el funcionamiento de los servicios sanitarios y la alimentación en tres unidades penitenciarias ubicadas en los departamentos de Canelones (Unidad 7), Rivera (Unidad 12) y Maldonado (Unidad 13). Para la selección de estos establecimientos se tuvo en cuenta la visibilidad con relación a otras unidades, la cantidad de población, la ubicación externa a Montevideo y la posibilidad de considerar los diferentes servicios de salud en el interior del sistema carcelario.

El informe, luego de una presentación general, se estructura en dos grandes núcleos temáticos. Un apartado está dedicado a analizar la atención de salud contemplando las fortalezas y debilidades del servicio proporcionado a las personas privadas de libertad por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). En concordancia, se examina la prestación brindada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial en las unidades mencionadas efectuando un análisis comparativo. Un segundo bloque se concentra en estudiar la alimentación proporcionada a las personas privadas de libertad de acuerdo a pautas esenciales como el aporte nutricional, las formas de distribución y las necesidades de su población.

-
- 1 El MNP cumple sus funciones según los cometidos y facultades definidos por el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT).
 - 2 Las visitas se complementaron a partir de las realizadas en el mes de julio de 2020 en Canelones y Maldonado, quedando exceptuado el establecimiento ubicado en Rivera por las restricciones sanitarias existentes debido al COVID-19.

Principales elementos tenidos en cuenta para la realización del estudio

El informe parte del principio de que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, acorde a lo establecido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Se asume también la obligación del Estado uruguayo de proporcionar atención sanitaria en forma gratuita a la población carente de recursos. Obligación que alcanza a las personas privadas de libertad, como se incluye en los principales instrumentos jurídicos internacionales (Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). De esta manera, resulta esencial que se efectúe una prestación de servicios que adopte una adecuada coordinación institucional y que atienda las características específicas de la población privada de libertad. En lo que refiere a la alimentación, se partió de la premisa de que resulta imprescindible que esta sea adecuada a los efectos de lograr un mayor grado de bienestar, prevenir enfermedades y propiciar un ejercicio efectivo de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos, lo que contribuye a vivir dignamente. Resulta insoslayable señalar que factores como el hacinamiento y la insalubridad, que se presentan en disímiles niveles en las Unidades 7, 12 y 13, coadyuvan a un descaecimiento en el estado de salud durante la reclusión.

En las tres unidades estudiadas se encuentra un conjunto de obstáculos, de naturaleza diversa, para un adecuado acceso a la salud de las personas privadas de libertad. Estos contemplan aspectos que van desde el no ingreso de los médicos a los módulos, problemas de coordinación para la atención, carencias en la gestión del listado para las consultas y falta de personal. Se destacan especialmente las dificultades observadas con relación a la historia clínica de las personas privadas de libertad, que resulta un elemento sustancial para garantizar la continuidad del proceso asistencial.

En lo que refiere al derecho a una alimentación adecuada, esta se encuentra mediada por una administración penitenciaria que organiza el cotidiano en base a criterios diferentes, entre ellos, el de seguridad. Ello contribuye a dificultar el cumplimiento de la obligación de brindar alimentación de buena calidad y con un valor nutricional suficiente para el mantenimiento de la salud.

Reflexiones con relación al derecho a la salud y a una alimentación adecuada

Parece pertinente enumerar una serie de elementos que surgen del trabajo de monitoreo llevado adelante en las Unidades 7, 12 y 13 y que se desarrollan en el presente informe:

Salud

- 1) Resulta esencial que se cumpla con la realización de una correcta evaluación inicial de las personas privadas de libertad al ingreso al sistema penitenciario y en el momento del traslado a otra unidad. Ello debería incluir la pesquisa de las patologías más prevalentes en nuestro país y valorar los posibles factores de riesgo que pueden desencadenar o empeorar afecciones físicas o mentales vinculadas al encierro.
- 2) Desde el MNP se consideran positivos la creación, la reforma y el mantenimiento de los espacios destinados a policlínicos dentro de las unidades penitenciarias, a efectos de dar una asistencia médica integral a los pacientes y un espacio de trabajo digno para los funcionarios. Se hace necesario entablar un plan basado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y no limitarse al tratamiento de los problemas de salud o enfermedades emergentes.
- 3) En el transcurso del monitoreo efectuado a las Unidades 7 (Canelones), 12 (Rivera) y 13 (Maldonado) se ha constatado la labor desarrollada por los servicios de salud con el objetivo de fortalecer la atención primaria de salud. Igualmente, resulta

necesario continuar mejorando aspectos y atributos de esta estrategia, ya que se han comprobado fallas en la accesibilidad (existencia de barreras físicas en la utilización del sistema sanitario). Estas llevan a que no sea posible garantizar que las personas privadas de libertad reciban la atención que precisan. Otro tanto ocurre en la coordinación, en la que se generan dificultades, fundamentalmente, por la inadecuada comunicación entre los policlínicos de las diferentes unidades y el sistema sanitario y el penitenciario. A ello se suma la existencia de intermediarios que validan o no la consultan otorgándole un valor jerárquico al motivo que la origina.

- 4) En el monitoreo se ha verificado la inexistencia de equipos de salud mental interdisciplinarios, así como el abordaje limitado de los problemas vinculados con el consumo de alcohol, drogas y dependencia de fármacos.

Alimentación

- 1) En materia de alimentación se observó que las características generales de las plantas físicas de las unidades estudiadas, tanto en lo que hace al mantenimiento como a la higiene, son inadecuadas. Ello podría facilitar la contaminación de los alimentos en el proceso de elaboración, imposibilitar una adecuada preservación y promover la presencia de plagas.³
- 2) Se ha constatado que la variabilidad de los alimentos recibidos es escasa. En lo que respecta a la cantidad y la calidad, las personas privadas de libertad en las unidades monitoreadas no reciben cantidades suficientes de energía, carbohidratos, grasas, fibra, hierro y calcio. En las unidades de Canelones y Maldonado se ofrece alimentación al personal policial en base a los productos enviados desde el Economato Central, sin que estuviera considerado al momento de efectuar el

3 Con relación a este punto es pertinente señalar que al momento de realizar una visita no anunciada a la Unidad 7, con fecha 1 de julio de 2020, se observaron algunas modificaciones en la estructura de la cocina y limpieza del entorno.

cálculo, ya que este está establecido exclusivamente en función del número de personas privadas de libertad. Esto impacta directamente en la cantidad de alimento recibido por las personas privadas de libertad.

- 3) La distribución varía entre las unidades tanto en la forma de traslado como en los recipientes empleados. En algunos casos (Módulo 1 de la Unidad 7) se pudo verificar que no está garantizada una distribución equitativa quedando muchas personas privadas de libertad sin recibir alimentos suficientes ni apropiados.
- 4) Se constató la ausencia de un criterio uniforme con relación a las personas privadas de libertad que trabajan en las cocinas. Eso se observa en la cantidad de personas destinadas a la cocina, sus condiciones de trabajo, la exigencia de carné de salud y de manipulación de alimentos.
- 5) Se observó un acceso inadecuado al agua potable (Unidades 7 de Canelones y 13 de Maldonado) y a productos de higiene, lo que provoca carencias sanitarias y representa factores de riesgo para la salud, al favorecer la aparición y propagación de enfermedades infectocontagiosas.

En suma, resulta esencial que en materia de derecho a la salud se tome en consideración un enfoque integral, a efectos de lograr una calidad aceptable en la atención. Es recomendable la implementación en todas las unidades policlínicas de captación, control o de atención programada. Por otra parte, se han constatado importantes dificultades para que se cumpla con el derecho a una alimentación adecuada.

Índice

Resumen ejecutivo	3
Presentación	11
2. Aspectos metodológicos	17
2.1. Objetivos	17
2.1.1. Objetivos generales	17
2.1.2. Objetivos específicos.....	17
2.2. Metodología.....	18
3. Marco conceptual	21
3.1. Privación de libertad y derecho a la salud	21
3.1.1. Aspectos generales a observar referidos a la prestación de salud en las cárceles	25
3.2. Privación de libertad y derecho a una alimentación adecuada	32
4. Análisis comparativo del derecho a la salud en las unidades penitenciarias.....	37
4.1. Aspectos generales.....	37
4.2. Espacios físicos y conformación de los equipos para la atención.....	39
4.3. Valoración al ingreso.....	42
4.4. Atención primaria de salud aplicada en el primer y segundo nivel de atención	43
4.4.1. Formas de implementar la atención primaria en cada unidad	43
4.4.2. Vacunas.....	48
4.4.3. Salud bucal	49
4.5. Obstáculos en el acceso a la salud	49
4.6. Historias clínicas.....	51
4.7. Consideraciones en materia de salud	52
5. Análisis comparativo del derecho a una alimentación adecuada en las unidades penitenciarias	59
5.1. Características de las plantas físicas y los servicios de alimentación	59
5.1.1. Plantas físicas	59
5.1.2. Cámaras de almacenamiento	65
5.1.3. Control de plagas.....	66

5.1.4. Servicios de alimentación	67
5.1.5. Rancho	69
5.1.6. Distribución de alimentos	70
5.1.7. Dietas	73
5.1.8. Agua	74
5.1.9. Huerta	76
5.2. Administración de alimentos	77
5.2.1. Frecuencia de recepción de alimentos.....	78
5.2.2. Registros escritos	78
5.2.3. Variabilidad de la dieta en las diferentes unidades ...	79
5.2.4. Evaluación de la calidad nutricional	80
5.2.5. Porcentaje de adecuación del aporte nutricional de las Unidades 13, 7 y 12 en hombres y mujeres reclusos.....	81
5.3. Consideraciones en materia de alimentación	82
6. Desafíos para la nueva administración en materia de salud y alimentación	83
6.1. Derecho a la salud	83
6.2. Derecho a una alimentación adecuada	84
6.3. Líneas de trabajo 2020-2021	85
Anexos	91

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25.1

Presentación

El Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) es un área de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDH) que cumple sus funciones según los cometidos y facultades establecidos en el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT).

La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en las cárceles se verifican en las prácticas realizadas por parte de los agentes del Estado a través de medios físicos, psíquicos o a través de determinadas condiciones o regímenes de reclusión que son de por sí violatorios de la Convención contra la Tortura.

La comunidad internacional, luego de un largo proceso de elaboración, creó el OPCAT a fin de prevenir y combatir este tipo prácticas de vulneración de derechos y donde suelen registrarse altos niveles de impunidad.

Con el OPCAT surgen los Mecanismos Nacionales de Prevención de la Tortura como órganos estatales que, mediante herramientas eficaces buscan prevenir las violencias institucionales. Su labor principalmente proactiva y de colaboración aporta una mirada externa independiente de los organismos públicos, como producto de un monitoreo periódico de todos los lugares de privación de libertad. Para el cumplimiento de su mandato se le otorgan las facultades necesarias para obtener datos, constataciones y hallazgos, y con ellos realizar acciones e intervenciones preventivas de impacto e incidencia. En definitiva, se procura eliminar las prácticas institucionales que conducen a la tortura u otros malos tratos en los lugares de encierro.

En busca de dar cumplimiento a las disposiciones del OPCAT, el MNP ha ido, gradualmente, ampliando su ámbito de intervención a todos los lugares de privación de libertad, o sea, aquellos espacios donde una persona se encuentra alojada por disposición judicial o administrativa y del que no pueda salir por su libre voluntad y determinación (artículo 4 del OPCAT). En este marco, desde noviembre de 2013 a la fecha se ha monitoreado de manera periódica un conjunto de centros de internación de adolescentes en conflicto con la ley penal.

Posteriormente, en el año 2015 se inició el monitoreo de diferentes unidades penitenciarias donde se constataron una serie de problemas que podrían ser considerados como factores de riesgo de violencias institucionales e interpersonales. Estos hallazgos fueron detallados en diversos informes que contenían recomendaciones dirigidas a las distintas unidades penitenciarias, así como a las autoridades del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). En esta primera etapa de monitoreo al sistema penal adulto se realizaron visitas que abarcaron las siguientes unidades penitenciarias: Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación; Unidad 3 (ex Penal de Libertad); Unidad 5 (privación de libertad de mujeres); Unidad 9 (madres recluidas con hijos); Módulo 12 de la Unidad 4; Unidad 7 (Canelones); Unidad 19 (ex 29, Florida); Unidad 12 Cerro Carancho (Rivera); Unidad 13 (Las Rosas, Maldonado) y Unidad 26 (Tacuarembó).

El diseño de visitas tuvo en cuenta, principalmente, la búsqueda de las causas que producían los conflictos en el contexto carcelario con un enfoque específico para cumplir con el mandato de prevención y tener una labor proactiva de colaboración con las autoridades. A partir de los hallazgos de las visitas periódicas y mediante el estudio interdisciplinario se procuró realizar aportes significativos con recomendaciones viables y sostenibles para el respeto y ejercicio de los derechos humanos de las personas privadas de libertad.

Luego de esta primera etapa, en virtud de existir un órgano de control externo como el Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, y atento a la necesaria coordinación con este

(dispuesta legalmente en el artículo 10 de la Ley 18.446 de creación de la INDDHH), se optó por realizar un seguimiento de aquellas unidades penitenciarias que se encuentran, en su mayoría, fuera del área metropolitana.

Al constatarse en estas diversos problemas, complejos de abordar, se definió el estudio de algunos temas específicos que, directa o indirectamente, influyen en la existencia de torturas y malos tratos. En esta línea, se identificaron aquellas situaciones que eran prioritarias de acuerdo a las necesidades de las personas privadas de libertad para realizar un análisis en profundidad a fin de incidir para obtener los cambios necesarios.

Durante el año 2019, el MNP priorizó el seguimiento de los problemas sanitarios y de alimentación de algunas unidades penitenciarias del país, seleccionadas por las siguientes características:

- a) Menor visibilidad respecto a otras unidades penitenciarias del sistema.
- b) Cantidad considerable de población carcelaria.
- c) Ubicación fuera del departamento de Montevideo.
- d) Posibilidad de dar cuenta de las diferencias en los servicios sanitarios que prestan los dos prestadores de salud existentes dentro del sistema carcelario.

Las unidades seleccionadas fueron la 7 (Canelones), 12 (Rivera) y 13 ex Las Rosas (Maldonado).

Dichas unidades, pese a registrar un número muy importante de personas privadas de libertad, no han tenido una visibilidad que dé cuenta en detalle de sus problemas. Adicionalmente, se consideró que podían resultar representativas de las diferencias existentes entre el funcionamiento del servicio sanitario brindado en las Unidades 7 y 13 por la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial, dependiente del Ministerio del Interior, de la atención de salud prestada a la Unidad Penitenciaria 12, cuyo responsable es la Administración de Servicios Sanitarios del Estado (ASSE) a través del Sistema de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL).

El presente informe parte de un marco conceptual y legal que toma como base la obligación del Estado de brindar una atención en materia de salud y alimentación que contemple las necesidades de la población carcelaria. Ello, además de posibilitar el ejercicio real de los derechos humanos concernidos, constituye una herramienta más para evitar tensiones y erradicar determinadas violencias institucionales, que frecuentemente ocurren como reacción a los reclamos y demandas de la población carcelaria.

Aun en un Estado de derecho se generan importantes riesgos de violación a los derechos humanos de las personas que se encuentran privadas de libertad. Es en los lugares de encierro en los que las personas se encuentran a expensas o en situación de dependencia de otras, donde el riesgo de la tortura y los malos tratos se presentan generalmente asociados a situaciones de indefensión. Este tipo de vulneración produce estragos físicos y psíquicos que se extienden a la familia de las víctimas y a su entorno social.

La prohibición de la tortura está estipulada en numerosos tratados internacionales y regionales, e incluso se la ha considerado como una regla de derecho internacional de carácter consuetudinario que impone a los funcionarios y agentes estatales una obligación internacional, independientemente de que el Estado haya o no ratificado convenios sobre derechos humanos. Sin embargo, la práctica de la tortura (y sobre todo sus figuras asimiladas o vinculadas) en estos espacios ha permanecido como una constante, independientemente del grado de desarrollo de los Estados. Las relaciones de poder creadas en las situaciones de encierro potencian las posibilidades del abuso y, en consecuencia, de prácticas tan graves como la tortura y otros malos tratos.

En las visitas periódicas, el MNP ha detectado la vulneración de distintos derechos consagrados por la Constitución de la República y las leyes vigentes, así como el incumplimiento de una serie de estándares internacionales que hacen a la vida en prisión. Ello ocurre, mayormente, en unidades penitenciarias que tienen superpoblación, alojando a mayor número de personas que las plazas reales disponibles. Este hacinamiento trae consigo déficits en materia de actividades educativas y recreativas, en el contacto

con el mundo exterior, el acceso a la justicia y a un abogado y al derecho al trabajo, entre otros.

Uno de los derechos vulnerados que tiene mayores efectos negativos es el no brindar las prestaciones de salud adecuadas a las cuales está obligado el Estado como garante del derecho a la salud de las personas privadas de libertad. Este derecho fundamental constituye un derecho social de prestación, que, en caso de incumplimiento y en ciertos momentos y circunstancias, puede llegar a configurar casos de tortura u otras penas crueles o tratos degradantes.

La tortura puede verificarse cuando los agentes del Estado intencionalmente no cumplen su obligación de brindar atención sanitaria a las personas privadas de libertad, de tal forma que estas omisiones inflijan “dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales [...] con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación”, conforme a la definición dada por el artículo 1 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.⁴

Para que se configure la tortura se requiere de una intencionalidad manifiesta y la existencia de los propósitos mencionados. La mayoría de los casos en que existe una omisión de atención médica o de prestaciones de salud que implican un dolor físico o mental para la persona privada de su libertad se deben a problemas de gestión, criterios de seguridad, conjuntamente a la falta de personal policial suficiente o falta de coordinación entre

4 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, Marco normativo. Guía normativa acotada a la labor del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Montevideo, INDDHH, 2018, pp. 16 y 17. Disponible en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-anual-del-mnp-2017-marco-normativo-en-materia-de-tortura-y-malos>>.

los custodias, guardias o “llaveros” con el personal sanitario de la unidad.

Sin embargo, en determinadas situaciones, es posible que se vulneren estos derechos en forma intencional y con los fines previstos en los actos configurativos de la tortura. Personas que han sido sancionadas por actos de indisciplina o que reciben un trato diferente por su estigma o antecedentes penales pueden haber sido víctimas de verdaderos actos de tortura al no prestárseles asistencia médica. En algunos casos surge una duda razonable sobre la intencionalidad o no de los operadores penitenciarios.

Pero más allá de estos casos, en donde se podrían configurar episodios de tortura o de malos tratos, la atención médica en las cárceles uruguayas es un tema que reviste particular gravedad. Es una problemática de larga data y se han constatado en el transcurso del tiempo prestaciones sanitarias insuficientes, inapropiadas o extemporáneas.

2. Aspectos metodológicos

2.1. Objetivos

2.1.1. *Objetivos generales*

Analizar el grado de cumplimiento de lo establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), así como lo dispuesto en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela), en lo relacionado a la atención sanitaria y la alimentación brindada por el INR en las unidades penitenciarias 7 (Canelones), 12 (Rivera) y 13 (Maldonado).

2.1.2. *Objetivos específicos*

Salud

- 1) Identificar fortalezas y debilidades en la prestación de los servicios de salud brindados por el INR a los reclusos y reclusas atendidos en las unidades penitenciarias objeto de este estudio.
- 2) Indagar acerca del grado de cumplimiento de las prestaciones de servicios médicos en lo relacionado a las siguientes dimensiones: I) medicación, II) atención de urgencia, III) enfermedades crónicas no transmisibles, IV) enfermedades infecciosas (virus inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis (TBC), infecciones de transmisión sexual (ITS), otras, V) salud mental, VI) salud bucal, VII) coordinación para interconsultas con especialistas e intervenciones quirúrgicas.
- 3) Valorar la presencia de obstáculos y determinantes que afecten negativamente la accesibilidad de los reclusos y las reclusas al servicio de salud.

- 4) Analizar las principales diferencias en la prestación de servicios médicos por parte del Sistema de Atención Integral- Personas Privadas de Libertad (ASSE) y la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial (ex Sanidad Policial) en las unidades penitenciarias estudiadas.
- 5) Comparar el grado de cumplimiento del derecho a la salud en las diferentes unidades penitenciarias estudiadas.

Alimentación

- 1) Examinar la alimentación de las personas privadas de libertad a efectos de determinar las condiciones de inocuidad alimentaria y el aporte nutricional en los establecimientos penitenciarios objeto de estudio.
- 2) Analizar cómo se instrumenta el proceso de distribución de alimentos por parte de las autoridades del INR valorando los criterios de distribución de los mismos y su adecuación en base a las necesidades de la población privada de libertad.
- 3) Comparar el grado de cumplimiento del derecho a una alimentación adecuada en las unidades estudiadas.

2.2. Metodología

La metodología estuvo guiada por un marco conceptual de derechos humanos, que adoptó como centro dos instrumentos jurídicos internacionales fundamentales a la hora de analizar los temas vinculados a salud y alimentación, como son las Reglas Mandela y el PIDESC.

En consonancia con este enfoque y luego de realizar un análisis de los principales instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que regulan el derecho a la salud y la alimentación en Uruguay, se procedió a la clasificación de la información cuantitativa y cualitativa solicitada a cada una de las unidades penitenciarias estudiadas. Concomitantemente, y a efectos de dar cumplimiento a

los objetivos propuestos para este abordaje temático, se procedió a realizar una serie de visitas de carácter no anunciado por parte de un equipo interdisciplinario del MNP, integrado por dos abogados, una licenciada en Nutrición y una doctora en Medicina.

En una primera instancia, se procedió a la recolección de información cuantitativa y cualitativa de fuentes secundarias, utilizando la aplicación de fichas de contenidos temáticos para el análisis de los documentos institucionales. Se examinaron historias clínicas resguardadas en cada una de las unidades penitenciarias, las planillas de stock de mercadería y hoja de entrega con las cantidades proporcionadas a la cocina para realizar las preparaciones diarias.

En una segunda etapa se procedió a la recolección de información cualitativa de fuentes primarias mediante la aplicación de entrevistas en profundidad. Estas fueron realizadas tomando en consideración cada uno de los roles llevados adelante por los diferentes funcionarios a cargo de los establecimientos penitenciarios, así como la distribución de las personas privadas de libertad en cada unidad a efectos de abarcar los diferentes sectores de los establecimientos.

En lo relacionado a las entrevistas con personas privadas de libertad se utilizaron diversas estrategias. En un principio se efectuó un recorrido por los diferentes sectores de cada unidad penitenciaria. Luego se realizaron reuniones generales con los delegados de cada uno de ellos, así como instancias personales a efectos de indagar con mayor claridad en alguno de los puntos objeto de análisis. Por último, fue de gran utilidad la información brindada por las personas privadas de libertad encargadas de la tarea de cocina y los funcionarios a cargo de supervisarla. De esta manera, se optó por una estrategia de triangulación, dado que permite complementar diferentes técnicas, potenciándolas y logrando una visión integral de la realidad a estudiar.

3. Marco conceptual

3.1. Privación de libertad y derecho a la salud

El derecho al grado máximo que se pueda lograr de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, que se reconoce sin ninguna distinción, establecido en la Constitución de la OMS.⁵ A nivel nacional está previsto en el artículo 44 de la Constitución, en el inciso 2, donde queda determinada la obligación del Estado de proporcionar gratuitamente los medios de prevención y asistencia a “los indigentes o carentes de recursos suficientes”.⁶

Las personas que se encuentran en contexto de encierro y privación de libertad se ven afectadas por diferentes factores que repercuten de forma negativa en su situación particular, tales como la ausencia de recursos propios para resolver sus necesidades, la exclusión social, el encierro y la falta de acceso a la educación y al trabajo.

La salud física y mental de las personas privadas de libertad es uno de los aspectos de mayor relevancia y vulnerabilidad en las unidades penitenciarias. El Estado, en su rol de garante del derecho a la salud, debe extremar los esfuerzos para brindar un servicio apropiado integral en salud. Asimismo, tiene la obligación de implementar políticas públicas y programas que sean consistentes con las normas internacionales sobre derechos humanos, y de esta forma asegurar un nivel adecuado de salud. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos⁷ establecen que la prestación de los servicios médicos a las personas privadas de libertad es una responsabilidad del Estado y que se debe buscar reducir las diferencias, manteniendo los mismos estándares

5 Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Documentos Básicos. Disponible en: <www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>.

6 Artículo 44 de la Constitución. Disponible en: <www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>.

7 Disponible en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>.

y logrando la continuidad en la atención de la salud, entre las personas privadas de libertad y la comunidad fuera de la cárcel.

Desde 1946 la salud es definida por la OMS como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁸ Esta concepción amplia da cuenta de la importancia de los cuadros emocionales y el contexto social y su incidencia sobre el bienestar de las personas, independientemente de que se contraigan o no enfermedades.

El derecho de las personas privadas de libertad a “disfrutar del mayor nivel alcanzable de salud” está comprendido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en el artículo 12 del PIDESC, por lo cual Uruguay se encuentra obligado internacionalmente a garantizar este derecho.

A partir del año 2005, Uruguay inició un proceso de reforma del sistema penitenciario. La Ley 17.897 de julio de 2005, llamada de Humanización y Modernización del Sistema Carcelario, estableció un conjunto de medidas orientadas a mejorar las condiciones de privación de libertad y jerarquizar determinadas instituciones, dando lugar a un cambio de concepción en la política criminal del Estado uruguayo. Junto a esta nueva concepción se inició un proceso de reforma del sistema de salud, cuyo paso más importante lo constituyó la promulgación de la Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en diciembre de 2007.⁹ Con su instauración se fueron generando diversos programas y proyectos,

8 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, Estados Unidos, 19 de junio al 22 de julio de 1946. Disponible en: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>>.

9 El control de la calidad integral de la atención en salud estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, que deberá tener presente y respetar los principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios (artículo 8). Algunos de los principios rectores del SNIS, establecidos en el artículo 3 de la ley, que caben destacar en el marco de este trabajo son: “la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones”; “la solidaridad en el financiamiento general”; la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales; la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

con la finalidad de mejorar las características del sistema de salud a nivel nacional, promoviendo un mejor grado de atención a efectos de garantizar de forma adecuada el derecho a la salud del conjunto de la población. En este contexto, en agosto de 2008 se llegó a un acuerdo entre los Ministerios de Salud Pública y del Interior para determinar que ASSE fuera responsable de la atención de salud de las personas privadas de libertad.

Este acuerdo se explicitó en el Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones (ejercicio 2010-2014), Ley 18719, dando lugar a la creación, dentro de la órbita del programa Atención Integral a la Salud de ASSE, al Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad (artículo 731).¹⁰ A partir del 1.º de enero de 2011 se formalizó la unidad ejecutora (UE 086), con la asignación de un presupuesto propio, pero que inicialmente no contaba con los recursos materiales ni el personal necesario para funcionar. Estos elementos fueron aportados por el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.

La creación de esta nueva unidad ejecutora trajo consigo el objetivo de organizar la asistencia de la salud en todos los niveles de atención, brindando acciones de promoción y prevención, y garantizando una atención integral de salud a las personas privadas de libertad usuarias de ASSE.

En el proceso de construcción de un Sistema Penitenciario Nacional, con el propósito de instalar un modelo global de gestión de la privación de libertad en las personas adultas acorde a parámetros establecidos por la comunidad internacional, se creó el INR, que por Ley 18.719 de diciembre de 2010 se constituye como órgano específico responsable de la administración penitenciaria y tiene como cometido organizar y gestionar las diferentes unidades penitenciarias y dirigir la labor de rehabilitación de los procesados y penados, con el deber de vincularse íntimamente en esta problemática de la salud con los servicios sanitarios de todo el país.

10 Ley 18719 Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2010-2014. Promulgada el 27/12/2010 y publicada el 05/01/2011. Disponible en: <www.impo.com.uy/bases/leyes/18719-2010>.

En el marco de estos procesos de cambios, donde se reconocen los derechos de las personas privadas de libertad y se avanza en la protección y mejora de sus condiciones de vida en los centros de privación de libertad, resulta imperativo que la organización de la atención a la salud en los establecimientos penitenciarios respete las pautas del SNIS.

El Sistema de Atención Integral (SAI) a las personas privadas de libertad en el SNIS, conjuntamente con el cumplimiento de los estándares internacionales contemplados en las Reglas Mandela, refuerza el compromiso de lograr que estas tengan una atención en su salud lo más parecido a si estuvieran viviendo en libertad, considerando sus peculiaridades y condicionamientos.

La consolidación de un sistema de atención integral de salud para las personas privadas de libertad en Uruguay reconoce los principios fundamentales y objetivos del SNIS. En ese sentido, la gestión debe orientarse teniendo en cuenta dichos principios, como ser: I) la promoción de la salud (contemplando los diversos factores del medio y los estilos de vida de las personas privadas de su libertad); II) la cobertura universal (su accesibilidad, equidad, oportunidad y continuidad de las diferentes prestaciones); III) la prevención integral con un claro contenido humanista; IV) el respeto a la decisión de los usuarios y el consentimiento informado. En suma, servicios de salud sustentables, con eficiencia en términos económicos y sociales, a fin de lograr una política en la materia, que teniendo interacción con el conjunto de las políticas públicas, se dirija y encamine a lograr una mejor calidad de vida de la población carcelaria.

De acuerdo a estos principios surgen como principales objetivos: I) promover hábitos saludables de vida; II) implementar un modelo de atención integral con estrategias comunes, programas integrales y acciones que tiendan al diagnóstico precoz; III) el tratamiento oportuno, la recuperación y rehabilitación de la salud de la persona y los cuidados paliativos.

3.1.1. Aspectos generales a observar referidos a la prestación de salud en las cárceles

Resulta fundamental la prestación de los servicios según su complejidad y el área territorial impulsando una adecuada coordinación entre dependencias nacionales y departamentales. La OMS ha definido a la salud pública en las cárceles como un tema de extrema importancia, que debe jerarquizarse como parte de ella, ratificando la necesidad de una mayor integración.

En este contexto, el desarrollo de una política pública integral en materia penitenciaria debe contemplar, entre otros factores, los siguientes elementos:

- a) Los lugares de encierro institucional albergan personas que por lo general provienen de sectores excluidos de la sociedad, con malas condiciones de salud y enfermedades crónicas no tratadas, con prácticas de riesgo como ser, entre otras, el consumo problemático de drogas.
- b) Atacar los problemas de salud de las cárceles y brindar prestaciones más adecuadas redundaría en beneficio de la sociedad toda. Existe un intenso trasiego de personas desde la sociedad hacia las cárceles y de estas hacia la sociedad, con significativo riesgo de contraer enfermedades de transmisión. En muchos casos sin recibir un tratamiento eficaz.
- c) Las personas privadas de libertad mantienen contacto directo con el resto de la población por medio de visitas (tanto de adultos como de niñas y niños), que permanecen varias horas en el medio penitenciario. Asimismo, existe un relacionamiento interno entre las personas privadas de libertad entre sí y con el personal penitenciario. Adicionalmente, se efectúan un sinnúmero de traslados de reclusos entre unidades, así como también estas reciben visitas de abogados, personas de instituciones de diferente índole, etc.

En consecuencia, los efectos contrarios a la salud de las personas recluidas no se limitan al entorno social, sino que se extienden hacia sus familias y al resto de la población. Por otra parte, las

condiciones no saludables en las cárceles (como ser la existencia de roedores, insectos, aguas servidas, etc.) pueden extender su efecto negativo más allá de la prisión.

En definitiva, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud en las cárceles y una política pública tendiente a ello redundan en beneficio de la salud pública del país.

La oportunidad para detectar factores de riesgos y el estudio de las causas facilitan una intervención que, mediante acciones preventivas, puedan aportar a optimizar las condiciones de salud de las cárceles y a un mejor empleo de los recursos existentes. Una buena gestión respecto a una cultura de la salud, dirigida a la prevención de enfermedades y supervisión adecuada epidemiológica constituyen instrumentos ineludibles en el ámbito penitenciario.

Para el logro de estas metas se debe tener presente que los diferentes niveles de regímenes de seguridad en las cárceles condicionan el tipo de atención sanitaria en prisión e inciden en la detección, el seguimiento y el tratamiento de un problema de salud. La vida de las personas privadas de libertad en el sistema penitenciario uruguayo se basa, principalmente, en criterios de seguridad. Los diferentes niveles de seguridad donde se aloja a las personas de acuerdo al máximo, mediano o mínimo riesgo, se determinan por una previa clasificación o evaluación (se ha verificado que no siempre ocurre de forma adecuada). Esta clasificación toma en consideración, en muchas ocasiones, los trastornos en la salud mental de la persona, lo que también implica necesidades de asistencia más frecuentes.

Otro aspecto a considerar es que existen grandes problemas derivados de la necesidad de atender problemas de salud de menor entidad que sobrecargan el servicio e impiden la realización de una atención adecuada sobre casos y temas de mayor gravedad.

Actualmente la atención de los internos es compartida por servicios que dependen de la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial y de ASSE. En esta materia, la cobertura y el acceso universal en los establecimientos penitenciarios es parte de

un proceso de fortalecimiento de los servicios de salud propios. Ya sea los gestionados por la División de Servicio Social del Ministerio del Interior (ex Dirección Nacional de Sanidad Policial) como los de ASSE, tanto en los establecimientos de privación de libertad como en los de su red para la atención de la población general, en aquellos centros de baja concentración de personas privadas de libertad.

La mencionada Ley 18.719 dio inicio a un proceso, aún inconcluso, de transferencia de la responsabilidad asistencial de los servicios de la Dirección Nacional de Asuntos Sociales-Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial a ASSE. En este sentido es importante resaltar que contar con un marco político, legal e institucional sólido es uno de los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud, a efectos de asegurar cuidados apropiados en todos los centros de privación de libertad. Ello supone asignar recursos adecuados y sostenibles. En especial, recursos humanos acordes con las dimensiones de cada centro y debidamente calificados para la atención de las personas privadas de libertad. Esto plantea el reto de fortalecer los acuerdos entre los servicios de atención a la salud y los responsables de la custodia bajo la forma de gobierno compartido.

Este informe es una aproximación a la realidad sanitaria de las cárceles uruguayas y parte de una serie de observaciones realizadas en el marco del trabajo de monitoreo. Estas atienden algunas particularidades necesarias para comprender determinadas características de la vida en prisión.

En consecuencia, se tiene en consideración lo siguiente:

- a) La población privada de libertad tiende a una mayor demanda que las personas que se encuentran en libertad, aun cuando comparativamente se destaca una altísima proporción de jóvenes. Dicha práctica responde a estrategias de sobrevivencia y mecanismos para obtener algún respiro al ahogo de la vida en prisión. El servicio de salud brinda la oportunidad de salida del celdario, de diálogo con técnicos y, en particular, ofrece la posibilidad de conseguir “valores de cambio” en forma de medicamentos que pueden ser

muy apreciados en la prisión. La prestación de la atención a demanda es una obligación del servicio de salud en respeto a un derecho básico de las personas privadas de libertad, en tanto que la atención programada es un componente de gestión con enfoque de salud pública. Esta permite conocer la situación sanitaria de toda la población privada de libertad, adelantar preventivamente diagnósticos en base a procesos incipientes y generar mejores vínculos

- b) La definición del médico de referencia, de continuidad o de área para cada persona privada de libertad posibilita organizar la atención a demanda y programada según módulos o celdarios. Esto facilita el acceso en caso de consultorios de proximidad, evitando la conducción por el personal de custodia u operadores penitenciarios. A su vez, fortalece la relación médico-paciente, evitando manejos inadecuados por parte de las personas privadas de libertad y, sobre todo, contribuye a generar consultas programadas periódicas (de control de salud o de patologías) favoreciendo la prevención de las enfermedades y minimizando también la atención de urgencia.
- c) Hay que tener presente que en condiciones de privación de libertad el primer nivel de atención, además del médico generalista, debe contar con el apoyo de un psiquiatra. La salud mental se encuentra en severo riesgo entre quienes se hallan en situación de encierro, por lo que la evaluación sistemática de dicha condición debe estar presente en toda intervención hacia las personas privadas de libertad. Esta atención debe contemplarse en la atención integral del médico generalista, reconociendo en forma sistemática los factores de riesgo y evaluando la oportunidad de la consulta temprana con el psiquiatra.

Además, se deben observar los estándares mínimos de cumplimiento del derecho a la salud previsto en las Reglas Mandela:

"1. Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación. 2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado."¹¹

- d) En los establecimientos con más alto número de personas privadas de libertad es conveniente contar con médicos especialistas (sea en medicina familiar y comunitaria, medicina interna, infectología) que apoyen al médico de referencia en el tratamiento y seguimiento de las patologías crónicas más prevalentes y evite la conducción periódica a servicios externos.
- e) La atención de urgencia y emergencia debe garantizarse durante las 24 horas del día, a cargo de profesional médico y no médico y con la capacidad de efectivizar los traslados especializados cuando estén indicados. El traslado de los técnicos del servicio de salud a los celdarios para proporcionar atención urgente es cuestionado por diversos motivos: I) por la escasez relativa de recursos respecto de la situación en el servicio centralizado (planta física inadecuada); II) por la dificultad en la disponibilidad de instrumental y medicación; III) por la condición de inseguridad de los técnicos en su acceso al celdario, lo que es destacado especialmente. Debido a esto último, se ha definido que la concurrencia a los mismos se realizará en forma excepcional para la atención de urgencia, en casos de intentos de autoeliminación, politraumatismos y quemados.

11 Regla 25. Disponible en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>.

- f) Para reducir los riesgos de las condiciones de vulnerabilidad en las prisiones, las intervenciones de los equipos de salud del primer nivel deben reorientarse para jerarquizar los mensajes preventivos y de promoción de salud, aprovechando las demandas de atención para conocer hábitos e identificar riesgos. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Así, según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, esta “constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”.¹²
- g) La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a evitar su aparición (tales como la reducción de los factores de riesgo), sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado.
- h) Para generar una comunidad saludable se precisa que el cuidado del modo de vida sea una herramienta aprehendida por la comunidad penitenciaria. Se requiere, por tanto, la formación en conceptos centrales de la salud para el personal penitenciario y para las personas privadas de libertad. Los responsables del sistema de salud penitenciario y los referentes de cada equipo de salud deben organizar

12 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.

o contribuir en la capacitación adecuada, la difusión y socialización de las herramientas y los conocimientos que promuevan el cuidado y la vida saludable.

- i) Los mencionados equipos, los operadores y educadores y el personal de seguridad desempeñan un papel preponderante para apoyar y habilitar muchas de estas intervenciones.
- j) Las personas que viven en lugares cerrados tienen un riesgo epidemiológicamente mayor de padecer un brote de enfermedades transmisibles. El sistema de atención a la salud de las personas privadas de libertad debe orientarse a desarrollar estrategias específicas en términos de prevención, detección precoz y atención de las personas que registran este tipo de enfermedades, dando la mejor atención y cuidado, según los estándares reconocidos por el Ministerio de Salud.

En la actualidad se puede señalar que las unidades penitenciarias relevadas en el informe no conocen la real situación sanitaria de toda su población. El monitoreo centra la mirada en verificar si los lineamientos teóricos que sirven de sustento legal y argumental para una verdadera integración de la salud en las cárceles se corresponden o no con la realidad.

De acuerdo a los diferentes puntos mencionados y con la finalidad de realizar una valoración del nivel de cumplimiento de las prestaciones de los servicios de salud en las cárceles conforme a las necesidades específicas y a las prioridades definidas el informe evalúa: I) la accesibilidad al sistema de salud dentro de cada unidad, tanto al primer nivel de salud como al segundo (ello incluyó al tercer nivel —en la comunidad—, cuando fue necesario); II) la valoración del cumplimiento de las normas establecidas referente a los derechos de los pacientes.

Para alcanzar estos objetivos se recaudó información sobre distintos puntos, como ser: I) accesibilidad de los reclusos y las reclusas al servicio; II) los mecanismos de control en salud; III) de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las enfermedades

infecciosas, salud mental y salud bucal; IV) la coordinación para interconsultas con especialistas e intervenciones quirúrgicas; V) la disponibilidad de recursos materiales, la cantidad de personal y conformación de equipos de salud.

En definitiva, el presente informe describe y analiza una serie de elementos de acuerdo a lo oportunamente verificado sobre el estado de salud y alimentación en tres unidades penitenciarias. Las peculiaridades de la vida en prisión potencian un conjunto de factores que obran, en gran parte, de manera muy desfavorable y que requieren encontrar las principales causas a fin de mejorar la calidad de vida de las personas privadas de libertad dentro del sistema penitenciario. Esto, a su vez, redundará en beneficio del conjunto de la sociedad.

3.2. Privación de libertad y derecho a una alimentación adecuada

A los aspectos antes analizados, que parten desde un punto de vista conceptual y teórico de la salud en las cárceles, el informe integra la observación y el estudio de la alimentación en los diferentes establecimientos penitenciarios. En esta línea, se entiende que una nutrición adecuada es imprescindible para lograr un grado de bienestar mayor, prevenir las distintas enfermedades, tener salud mental y, en definitiva, vivir dignamente. Resulta, pues, incuestionable la vinculación y dependencia de la alimentación y nutrición con el ejercicio del derecho a la salud.

A nivel internacional, el PIDESC establece el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado (artículo 11), lo que incluye, entre otros aspectos, alimentación, vestimenta y vivienda. Asimismo, y dado el carácter de garante de los Estados parte, se establece la obligación de generar acciones en concreto tendientes a la protección de las personas contra el hambre. Esta implica adoptar medidas, ya sea de forma individual o mediante mecanismo de cooperación internacional.

Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, contiene en su artículo 12 una previsión expresa sobre el derecho a la alimentación. En una línea similar al PIDESC, el Protocolo Adicional establece el derecho de toda persona a una nutrición adecuada, reafirmando luego, en su párrafo segundo, la condición de garante de los Estados parte, que se comprometen a hacer efectivo este derecho humano fundamental.

"Todas estas normas internacionales que regulan el derecho a la alimentación son aplicables a las personas privadas de libertad. En este sentido, pensar el contexto de la privación de libertad implica reflexionar sobre cómo la satisfacción de estos derechos se encuentra mediada por una administración penitenciaria que organiza el cotidiano en base a diferentes criterios, entre ellos, el de seguridad".

De esta manera, se hace imprescindible articular el derecho a la salud y a una alimentación adecuada con una ejecución de medidas penales que respeten los derechos humanos de las personas privadas de libertad. En este contexto, las Reglas Mandela representan un horizonte fundamental que da cuenta del consenso internacional en la materia. La Regla 22, establece la obligación de la administración penitenciaria de brindar alimentación de buena calidad y con un valor nutricional suficiente para el mantenimiento de la salud:

"1. Todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas. 2. Todo recluso tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite."¹³

13 Disponible en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>, pp. 12 y 13.

De la lectura de los distintos instrumentos jurídicos se desprende que para valorar el grado de cumplimiento del derecho a una alimentación adecuada se deben analizar una serie de elementos que permiten evaluar si el Estado cumple a cabalidad con su obligación de garantizarla. Siguiendo con este análisis y abordando la situación de las personas privadas de libertad es factible señalar, como componentes vinculados a la satisfacción del derecho a la alimentación, factores relacionados con la disponibilidad, los parámetros nutricionales y las condiciones de acceso al mismo.

Con relación a este punto, la Observación General 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define el contenido básico del derecho a la alimentación, centrando el análisis en dos aspectos:

- 1) Disponibilidad: entendida como la satisfacción de alimentos en cantidad y calidad suficiente.
- 2) Accesibilidad: refiere a alimentos proporcionados de forma sostenible y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

La Observación General 12 proporciona un marco conceptual para el análisis del derecho a la alimentación constituyéndose en un instrumento fundamental para su estudio. Para su consideración en contextos de encierro resulta fundamental partir de algunos supuestos relacionados al derecho de la alimentación en general, para luego delimitar algunas características particulares en la privación de libertad. En este punto, tomando lo establecido en la Observación General antes citada y lo dispuesto en la Guía de aplicación práctica del enfoque de derecho a la alimentación en proyectos de cooperación,¹⁴ podemos señalar que la alimentación en contexto de encierro, implica:

14 Disponible en: <<https://derechoalimentacion.org/noticias/gu-de-aplicacion-practica-del-enfoque-de-derecho-la-alimentacion-en-proyectos-de-cooperacion>>.

- 1) Dietas adecuadas que contemplen las diferentes necesidades de las personas privadas de libertad tomando en consideración la satisfacción de las necesidades de crecimiento, desarrollo físico y mental.
- 2) Libre de sustancias nocivas y en condiciones de higiene adecuadas. Este punto resulta de especial relevancia en contextos de encierro y se vincula no solo al almacenamiento y preparación de alimentos, sino también a su distribución.
- 3) Aceptados culturalmente. Esto implica no solo el suministro de alimentos por parte de la administración penitenciaria, sino también el análisis de alternativas relacionadas al ingreso de encomiendas.

La especial situación de las personas privadas de libertad y el rol del Estado como garante de la satisfacción de los derechos humanos conlleva la obligación de generar acciones a efectos de dar cumplimiento al derecho a una alimentación adecuada. La omisión estatal configura una grave vulneración de derechos, que repercute directamente en la salud de las personas privadas de libertad. En esta línea, podemos señalar que el Estado incumple con su obligación de forma directa cuando adopta una determinada acción que interfiere con el derecho a la alimentación. Pero también puede vulnerarlo por omisión cuando, por ejemplo, se toma conocimiento de una situación y no se instrumentan los mecanismos necesarios para la satisfacción de ese derecho.¹⁵

Esta distinción entre incumplimiento directo y por omisión se constituye en un elemento central a efectos de ingresar en el análisis del derecho a la alimentación en las diferentes unidades penitenciarias objeto de estudio. Asimismo, permite identificar algunos elementos estructurales observados en el marco del monitoreo, que refieren a cómo el INR organiza la distribución

15 La realización de las Directrices Voluntarias tiene su origen en la II Cumbre Mundial de la Alimentación de 2002. Ver Directrices Voluntarias en apoyo a la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional, Roma, FAO, 200, p. 26. Disponible en: <<http://www.fao.org/3/a-y7937s.pdf>>.

de alimentos y qué criterios son tomados en cuenta a efectos de definir su cantidad y calidad. Por último, nos habilita a la reflexión acerca de la necesaria relación entre la asignación de recursos en el presupuesto nacional y el crecimiento constante del número de personas privadas de libertad, que de acuerdo a los últimos datos proporcionados por el INR supera las 12.000 personas. Este enfoque, centrado en tres niveles bien diferenciados de responsabilidad (unidad penitenciaria-INR-Estado), es propicio para analizar el derecho a una alimentación adecuada y reflexionar acerca de su grado de cumplimiento.

4. Análisis comparativo del derecho a la salud en las unidades penitenciarias

En las visitas de las Unidades 7 (Canelones), 12 (Rivera, que contemplaron Cerro Carancho y el sector femenino) y 13 (Maldonado) se mantuvieron entrevistas con el personal de salud, personas privadas de libertad, funcionarios policiales y sus autoridades. Asimismo, se realizó un recorrido por las instalaciones, análisis de información documental y registro fotográfico. Se trabajó con el fin de lograr una evaluación completa del grado de cumplimiento de las prestaciones de los servicios de salud. Se consideró su accesibilidad, tanto al primer nivel de salud (dentro de cada unidad) como al segundo y tercer nivel cuando fuera necesario, valorándose la observancia de las normas establecidas referentes a los derechos de los pacientes.

Para alcanzar estos objetivos se recolectó información sobre distintos puntos como: I) los mecanismos de control en salud, II) las enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades infecciosas, III) la coordinación para las interconsultas y procedimientos quirúrgicos, IV) la disponibilidad de recursos materiales y V) la cantidad de personal y la conformación de equipos de salud.

Como ya se ha señalado, con excepción de la Unidad 12, donde la prestación de salud depende de ASSE a través del SAI-PPL, las demás unidades monitoreadas se encuentran a cargo de la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial dependiente del Ministerio del Interior.

4.1. Aspectos generales

El sector femenino de la Unidad 12 se ubica dentro de la Jefatura de Policía de Rivera. Cuenta con un pabellón dividido en cuatro dormitorios y un baño con servicio higiénico y duchero interno. Posee un patio al cual pueden acceder y que dispone de otro baño con similares características. Al momento de realizar la visita, el 23 de

agosto de 2019, se encontraban en el sector un total de 36 mujeres privadas de libertad, 2 de ellas alojadas en el sector de calabozos por haber participado en conflictos interpersonales. En respuesta al Oficio n.º 561 MNP-SA/2019¹⁶ se informó que el lugar tiene 22 plazas reales (20 en el pabellón y 2 celdas en el sector de admisión y tránsito). Las camas y colchones eran suficientes para cada una de las mujeres, pero el espacio mínimo de separación era inaceptable, ya que apenas podía pasar una persona adulta entre las camas cuchetas. Las rejas para acceder al patio se abrían desde la mañana hasta la noche, permaneciendo cerradas de 13 a 15 horas. De esta forma, las reclusas podían optar sobre el lugar en donde permanecer mientras que las rejas estaban abiertas. En general, era el momento en que se organizaban para acceder a los baños a ducharse, ya que luego se volvía imposible utilizar el baño interno sin generar conflictos interpersonales, dado que eran 34 mujeres adultas más una niña de 2 años para un único baño.

En el caso de la Unidad 7 y frente a la situación de hacinamiento constatada, se procedió a redactar el Informe n.º 115 MNP-SA/2019,¹⁷ en el que se reiteró una recomendación referente a la necesidad de realizar “las gestiones pertinentes para garantizar una distribución equitativa de las plazas correspondientes al Módulo n.º 2”. Las autoridades de la unidad respondieron que ya se estaban gestionando diversos movimientos con el objetivo de lograr una distribución equitativa de las plazas en dicho módulo, lo cual pudo ser verificado en la visita del 27 de diciembre de 2019. El problema de esta inadecuada distribución se reproduce también en la Unidad 12, en el piso 1 de todos los sectores (A, B y C). Mientras que en Maldonado (sector masculino), en la visita realizada el 23 de mayo de 2019, se constató un aumento del número de internos, por lo que se intensifica la superpoblación carcelaria con un importante nivel de hacinamiento, con falta de camas y colchones en cada celda.

16 Oficio enviado el 6 de setiembre de 2019 solicitando información general de la Unidad. Respuesta recibida el 23 de octubre de 2019.

17 Ver Anexo II. Informe n.º 115 sobre la situación de la cárcel de Canelones, publicado el 14 de octubre de 2019.

4.2. Espacios físicos y conformación de los equipos para la atención

En referencia a los espacios físicos destinados a la atención sanitaria, el MNP destaca como un hecho positivo la culminación de las obras para la construcción del policlínico en la Unidad 7, constatado en la visita del 27 de diciembre del 2019 (Foto 1). Este centro cuenta con un consultorio para especialista, uno para medicina general y uno para odontología, área de reanimación y procedimientos de baja complejidad, economato y registros médicos, un espacio destinado a sala de espera y otro para el equipo que permanece de guardia las 24 horas.



Foto 1. Policlínico de Unidad 7, Canelones.

En la visita realizada a la Unidad 13 el 21 de marzo de 2019 se constató la finalización de las reformas edilicias del policlínico. Sin perjuicio de ello, se registraron filtraciones de agua en las diferentes habitaciones, especialmente en el consultorio médico, lo que no permitía brindar una atención adecuada. Estas, al momento de realizar la última visita de monitoreo, con fecha 23 de mayo de 2019, ya se habían solucionado. Al efectuar esta visita, el equipo de salud ya estaba recibiendo a los pacientes en forma adecuada, en un espacio digno para la atención de las personas privadas de libertad del sector masculino y femenino, que cuenta con un único consultorio médico que, de ser necesario, oficia de sector de

tratamiento de las consultas de urgencia y emergencia. También hay un consultorio odontológico, un economato, un sector de registros médicos y un espacio para el equipo de guardia (Foto 2).



Foto 2. Detalles del interior del consultorio médico de atención de primer nivel y consultas de urgencia de la Unidad 13, Maldonado.

En el sector femenino de la Unidad 12 las personas privadas de libertad son atendidas en un consultorio que queda dentro del recinto penitenciario, el cual se abre para la consulta médica y la distribución de medicación por parte de enfermería. Cabe señalar que en la visita efectuada el 23 de agosto de 2019 no se pudo acceder a este espacio, ya que estaba cerrado por no ser horario de atención.

En Cerro Carancho la policlínica se encuentra en buenas condiciones edilicias y dispone de un área para la atención de urgencias, emergencias y procedimientos de baja complejidad, un consultorio médico, un economato y un cuarto médico (Foto 3). El policlínico posee varios sectores con rejas en su interior, una al ingreso del centro y otra para acceder a las áreas de atención, siendo el espacio entre ellas el lugar que oficiaba de sala de espera. Allí debe permanecer un funcionario policial, pues de lo contrario no se realiza la atención médica programada.



Foto 3. Vista del interior del consultorio médico de la Unidad 12, Rivera.

Los tres centros cuentan con médicos generales junto con uno (en Maldonado) o dos (en Rivera y Canelones) auxiliares de enfermería, que cumplen guardias de 24 horas con la función principal de atender las consultas de urgencia y emergencia.¹⁸ Asimismo, también reciben consultas puntuales que, dada la sintomatología que presenta el paciente, requiere una valoración inmediata que no puede prorrogarse hasta el correspondiente día de policlínico.¹⁹ Todas las unidades disponen de los recursos suficientes para iniciar el soporte vital básico y avanzado, así como para estabilizar un paciente grave, mientras se espera el arribo de la emergencia móvil encargada del traslado a un centro de mayor nivel de atención. Cabe

18 El artículo 145 de la Ley 19535 define urgencia como la “situación clínica que, sin poner en riesgo inminente en la vida o una función del individuo, requiere una atención médica en el menor tiempo posible” y emergencia como la “situación clínica de deterioro agudo de la salud del individuo, que pone en peligro inminente su vida o una función y que requiere asistencia inmediata”. Disponible en: <www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19535-2017>.

19 Día y horario específico asignado para su módulo o sector, en el que se realiza el primer nivel de atención de salud dentro de la Unidad.

destacar que las tres unidades poseen un convenio con empresas privadas para los traslados de urgencia y emergencia. Solo Rivera ha incluido la realización de los traslados comunes (es decir, aquellos coordinados) dentro del propio departamento de los pacientes que requieren consulta externa.²⁰ En este aspecto, se nos informó, por parte del personal sanitario, que estos no presentan inconvenientes y que se cumple con la mayoría de ellos.

El área de atención, también es utilizada para efectuar procedimientos de baja complejidad, como ser curaciones, sutura de heridas, punciones, extracciones de sangre. Estas últimas son realizadas en cada unidad por el personal de enfermería, contando con el material necesario para el procedimiento sin presentar dificultades para enviar las muestras biológicas a los centros hospitalarios. Excepto en Canelones, donde se informó que su traslado, así como de determinada medicación,²¹ depende de la voluntad de los integrantes del equipo sanitario para que lleguen a destino en tiempo y forma.

4.3. Valoración al ingreso

En todas las unidades, al momento de ingresar las personas privadas de libertad, se les realiza una constatación de lesiones que se reitera cada vez que cambian de módulo o de sector. Tanto en Maldonado como en Rivera se efectúa la apertura de la historia clínica a la entrada con la solicitud de paraclínica correspondiente a la pesquisa de enfermedades más prevalentes Uruguay, así como aquellas de mayor morbilidad y prevalencia en el sistema penitenciario.²² En el caso de la Unidad 13, se agrega una valoración odon-

20 Compra directa. Contrato n.º 2016. Disponible en: <http://www.comprasestatales.gub.uy/Pliegos/pedido_528928.odt>.

21 No hay una disposición que determine quién debe ocuparse de llevar los fármacos para el tratamiento antirretroviral desde Sanidad Policial en Montevideo hasta la Unidad 7 de Canelones, quedando a la buena voluntad del funcionario de dicha unidad.

22 Se solicita glicemia, hemograma, perfil lipídico, serología para hepatitis, VIH y VDRL, y baciloscopia.

tológica. Este protocolo de ingreso se ha ido implementando en forma progresiva, por lo cual cabe destacar que no todas las personas privadas de libertad cuentan con esta valoración inicial, si bien la totalidad tiene historia clínica individual.

En Canelones, luego de realizar la constatación de lesiones, se registra el nombre de la persona y el módulo de destino, para luego ser valorado en forma integral e iniciar una historia clínica el día que dicho sector tiene asignado para la atención en policlínica. Esto generaba situaciones que producían la pérdida de la captación del paciente cuando era derivado a otro sector diferente al que se registraba. Ello llevó a la implementación de una atención programada para lograr el primer control en salud de todas las personas de la unidad.²³

4.4. Atención primaria de salud aplicada en el primer y segundo nivel de atención

La atención primaria en salud es una estrategia basada en la promoción de salud y métodos preventivos de la enfermedad, para evitar un modelo de atención centrado en la patología. En el monitoreo realizado por el MNP se objetivó que, además del servicio de guardia, las tres unidades brindan consultas de policlínica de medicina general, odontología, inmunizaciones y especialistas.

4.4.1. Formas de implementar la atención primaria en cada unidad

En Rivera, el servicio de policlínico solo brinda medicina general bajo la siguiente modalidad: el horario de atención es de 3 horas y media por día de lunes a sábados, dos días por semana para cada

23 Por iniciativa de los médicos y bajo el término de “policlínica de captación” empezaron a realizar los controles en salud de todas las personas, en los días de la semana que cada módulo tenía asignado para la atención en policlínica. Información brindada por el equipo de salud en la visita del 17 de junio de 2019.

sector (A, B y C). A su vez, solo se pueden anotar a consulta tres personas por cada piso del sector. La agenda la debe confeccionar el delegado, quien se la entrega al funcionario en las horas previas a dar inicio la policlínica. El equipo de salud refirió que, en los casos de patologías crónicas, el control es bilateral, es decir, se anota el paciente o, cuando no sucede, es el personal médico quien le informa que debe hacerlo. Cuentan con una encargada de la farmacia, quien realiza el stock para mantener el economato, prepara la medicación a administrar en cada turno y lleva un registro personal de los pacientes con enfermedades crónicas que requieren control y tratamiento. Este último permite realizar el control de los pacientes desde el sistema de salud. También se utiliza para vigilar la entrega de medicación crónica en forma mensual a cada una de las personas privadas de su libertad. Los datos obtenidos en la visita del 3 de mayo de 2019 referentes a la cantidad de personas que mantienen tratamiento con psicofármacos es significativamente mayor al informado en respuesta al Oficio n.º 538 MNP-SA/2019, donde se indica que solo cinco pacientes tienen un trastorno mental diagnosticado. Es necesario conservar un correcto registro de los pacientes con afecciones en salud mental para así mantener una pauta adecuada de rehabilitación y poder satisfacer sus necesidades terapéuticas. De todas formas, el personal de salud refirió que no habían asistido a intentos de autoeliminación, ni crisis agudas en los últimos meses, aunque sí a casos de lesiones autoinfligidas. Según indicaron, esto se explica por un cambio en la administración de psicofármacos,²⁴ dado que anteriormente existía un importante tráfico entre la población con el consecuente aumento de los conflictos interpersonales.

Las coordinaciones de interconsultas son realizadas por el equipo de enfermería, con una buena disposición desde el Hospital de Rivera-ASSE. Negaron que se presentaran dificultades en esta materia, así como en traslados, intervenciones quirúrgicas o solicitud de paraclínica.

24 Al momento de la visita, el 3 de mayo de 2019, los psicofármacos se molían y entregaban disueltos en agua para favorecer el control de la ingesta de la medicación.

Los médicos generales son quienes indican los tratamientos dietéticos en los casos necesarios, que en su amplia mayoría se dan por alteraciones digestivas.

Los pacientes con serología positiva para VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) son controlados por infectología en el hospital, con una buena adherencia al tratamiento. Este incluye una dieta con mayor valor nutricional y energético con el abastecimiento de una canasta especial.

Ninguno de los establecimientos cuenta con sector de aislamiento sanitario, por lo cual al detectar casos positivos de tuberculosis los pacientes son enviados a Montevideo durante la etapa de contagio, retornando a la unidad luego de este período para culminar el tratamiento. El control, tratamiento y seguimiento, en cada unidad, es realizado por equipos de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP).

Las mujeres privadas de libertad en la Unidad 12 no refirieron problemas para acceder al sistema de salud. Tienen conocimiento de que el médico asiste una vez a la semana en el horario de la mañana (durante 3 horas) y que deben anotarse previamente para poder consultar. Esto es implementado sin contratiempos. También negaron situaciones de malos tratos o discriminación por parte del personal de salud. No hay inconveniente con la atención en el primer nivel, cuando el médico concurre a consulta, para anotarse y que las atiendan. Sí existen dificultades cuando se trata de consultas fuera del día de atención. Ahí resulta excepcional que los operadores y funcionarios llamen a la emergencia móvil para que las asista, lo que restringe las situaciones graves al entender de estos.

En lo que respecta a la medicación, esta es suministrada por dos enfermeras que concurren dos veces al día para hacer la entrega, tanto en Rivera como en Maldonado (sectores femeninos).

La Unidad 13 tiene estipulado un servicio de medicina general para cada módulo, mediante una policlínica coordinada con agenda previa donde se registran a voluntad las personas privadas de su libertad. Para el sector femenino de Maldonado, la atención

programada en policlínica es una vez por semana para el sector, o sea, una vez al mes para cada módulo. En este caso refirieron que se presentan muchas dificultades para acceder al servicio. A ello se suma que no hay un buen relacionamiento con el equipo de salud.

También se cuenta con un especialista en psiquiatría que concurre los días sábados por cuatro horas y que atiende a todos los pacientes que hayan sido derivados durante la semana. Aunque en la visita realizada el 23 de mayo de 2019 descartaron el hecho de tener lista de espera, se observaron situaciones de demoras en la atención. Si bien no se lleva un registro de los pacientes con afecciones de salud mental, señalaron que es un alto porcentaje de las personas privadas de la libertad. También existe un elevado número de intentos de autoeliminación, para los cuales se solicita el traslado a la unidad de emergencia móvil hacia el hospital de referencia. Los psicofármacos son entregados en turnos de cada 12 horas, pero surgieron relatos de que en el correspondiente a la tarde no se controla totalmente su ingesta.

Los controles con infectología de los pacientes portadores del VIH se realizan en el Hospital de Maldonado. La mayor dificultad que presentan es mantener la continuidad del tratamiento, debido a las demoras en las entregas de la medicación de cada paciente cuando ingresan. A efectos de que este no se vea interrumpido se buscaron alternativas, las cuales resultaban útiles a corto plazo, siempre y cuando no fueran sustanciales las demoras.

Los pacientes con diabetes, VIH y tuberculosis reciben régimen dietético indicado por uno de los médicos de la unidad. De todas formas, no se utiliza sal al cocinar. También se solicitó desde el equipo de salud agregar frutas a la dieta, lo cual al momento de la visita en el mes de mayo no se había autorizado.

En la Unidad 7 se realizan policlínicas de medicina general dos veces por semana para cada uno de los módulos (número 1 y 2) y el sector de barracas, donde los pacientes se anotan previamente para asistir. En el marco de esta modalidad, se llevan a cabo consultas de captación para todos los sectores, con el objetivo de lograr la primera consulta de todos los pacientes, iniciar los controles periódicos que correspondan y conocer los antecedentes patológicos personales.

Como se mencionó anteriormente, esta acción se implementó para dar solución a una práctica de ingreso con una valoración incompleta, ya que se efectuaba con la finalidad de la constatación de eventuales lesiones. El control de las personas privadas de libertad con patologías crónicas es realizado por un médico general (a cargo de una consulta semanal), quien lleva un registro personal de sus pacientes, de las consultas pasadas y de las próximas. La medicación crónica indicada se entrega semanalmente, excepto la terapia antirretroviral que se brinda mensualmente. El médico también dispone las indicaciones de los regímenes dietéticos, particularmente para personas con alteraciones digestivas, con bajo peso, hipertensos y pacientes con serología positiva para VIH.

Formando parte del equipo de salud hay una licenciada en Registros Médicos (quien también tiene a su cargo las solicitudes de interconsulta y las coordinaciones con el hospital) y un auxiliar de enfermería. Este último es el responsable de mantener el stock del economato y de la preparación de los psicofármacos para su administración por el personal de enfermería de guardia en turnos cada 12 horas. Con relación al psiquiatra, se obtuvo información contradictoria sobre la cantidad de días y horas que concurre a la unidad.²⁵ Independientemente de esta discordancia, se pudo objetivar la alta demanda que existe en salud mental por parte de la población del centro, observándose en la visita del 22 de mayo una lista de espera para valoración por psiquiatría de al menos 100 personas. En respuesta al Oficio n.º 523 MNP-SA/2019, se informó que se estaba gestionando, en coordinación con el Hospital Vilardebó, la atención de los pacientes, tanto con patología aguda como aquellos que tienen orden judicial para valoración por psiquiatra.

Por otra parte, las tres unidades cuentan con licenciados en Psicología, para la valoración de situaciones de pacientes con consumo problemático de drogas y para la preparación del egreso. Cabe destacar que este servicio no mantiene una conexión con la atención brindada, dado que desconocen los días de concurrencia,

25 Ver Anexo II. Informe n.º 115 MNP-SA/2019; pp. 8-9, publicado el 14 de octubre de 2019.

a la vez que el registro de las consultas no se realiza en las historias clínicas analizadas.

En la Unidad de Maldonado, en referencia a los controles ginecológicos de las mujeres privadas de libertad, estas manifestaron que hace dos años aproximadamente que no han sido valoradas ni controladas por especialista. En la visita realizada el 15 de noviembre de 2018, el equipo de salud informó que contaban con un ginecólogo que concurría una vez al año para realizar los controles y Papanicolaou y los controles de las reclusas embarazadas, en cumplimiento de las recomendaciones realizadas en el año 2017.²⁶

Mientras que en Rivera señalaron que los controles ginecológicos correspondientes estaban al día y que no habían existido dificultades para acceder a su realización, ya que solicitaban el pase al médico y luego eran trasladadas a la consulta con el especialista en tiempo. En el caso de la mujer embarazada, señalaron que no han tenido inconveniente en el cumplimiento de los controles estandarizados. Frente a cualquier sintomatología se comunican con la emergencia móvil que sin demoras concurre al centro para evacuar la consulta.

4.4.2. Vacunas

Referente a las inmunizaciones, tanto en la Unidad 12 como en la 13, se informó que se realizan campañas de vacunación, colocándose carteles en los sectores (Rivera) y campañas especiales para las vacunas doble bacteriana (antitetánica), antihepatitis B y triple viral (SRP: sarampión, rubeola, paperas) con una buena aceptación por parte de la población. En la Unidad 7 se informó que se encuentran grandes dificultades para implementar las inmunizaciones correspondientes, debido a la falta de carné de esquema de vacunación. En los tres centros también se llevan adelante campañas para la vacuna contra la gripe.

²⁶ Ver Anexo I. Informe n.º 113 MNP-SA/2019. Publicado el 13 de junio de 2019.

Todas las vacunas son administradas por personal que concurre a las unidades con este objetivo.

4.4.3. Salud bucal

La salud bucal en todos los centros era brindada por la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial dependiente del Ministerio del Interior. En general, el odontólogo concurre entre dos y cinco veces por semana (dos días en Rivera, cuatro días en Maldonado y cinco días en Canelones) durante seis horas diarias. Tanto en Rivera como en Canelones únicamente se realizan extracciones (no tratamientos), mientras que en Maldonado se busca implementar una historia clínica odontológica para cada una de las personas.

4.5. Obstáculos en el acceso a la salud

En ambos sectores de la Unidad 13 se presentan grandes dificultades para llevar a cabo los traslados correspondientes a las interconsultas en el hospital. Estos son coordinados sin inconvenientes por el licenciado en Enfermería del centro, pero aproximadamente más de la mitad no son realizados debido a: I) falta de móviles, II) escaso números de oficiales para acompañar el traslado, III) coincidencia con el día de visita de los familiares, lo que motivaba que las personas privadas de libertad se nieguen a concurrir. Esta problemática continuaba presente hasta el momento de la última visita, el 23 de mayo de 2019. Principalmente no se habían gestionado posibles soluciones para la falta de personal. A esto se suma la imposibilidad de cancelar o recoordinar las consultas, por el desconocimiento de la disponibilidad de funcionarios hasta el día mismo del traslado.

En la Unidad 12 (al igual que en las otras) los médicos no ingresan a los módulos, lo cual genera obstáculos en el acceso al policlínico. Entre estos, está que en ocasiones las personas privadas de libertad no son trasladadas hasta el centro de salud. Esto ocurre principalmente debido a la escasez de personal penitenciario.

Si bien el régimen de atención programada es conocido y aceptado por las personas privadas de libertad, existe disconformidad en relación a que solo se puede asistir el día asignado.²⁷ Tampoco es posible consultar los dos días de la semana correspondientes al sector, ya que el delegado trata de ser equitativo al realizar la agenda de consultas. Todo esto queda bajo la responsabilidad del delegado del sector, quien se encarga de armar un listado de los pacientes. Por otra parte, también existen barreras para acceder a las consultas espontáneas, debido a que solo frente a situaciones graves son trasladados al policlínico. Esto queda a criterio del funcionario penitenciario a cargo del sector.

En la Unidad 7, los obstáculos presentes en el acceso al servicio de salud son semejantes a los constatados en las otras unidades. Si bien las consultas externas se logran coordinar sin dificultades (vía correo electrónico con los hospitales locales), la mayoría no logra llevarse a cabo por la falta de funcionarios o de móviles policiales. La asistencia al policlínico depende del número de funcionarios policiales disponibles. Se constató que la comunicación entre el sector sanitario y el de seguridad no es adecuada, al no existir una coordinación que permita vincular los horarios de la policlínica con la disponibilidad de personal policial. El déficit de recursos humanos, sumado al hecho de que el personal sanitario no ingresa a los módulos, genera situaciones en que es el propio funcionario policial quien valora si la situación clínica amerita la consulta médica o no.

Los problemas relacionados al alto déficit de personal también se hicieron evidentes en los sectores femeninos, pero a diferencia de la Unidad 13, en Rivera esta carencia no ha generado inconvenientes en la realización de los traslados dentro del departamento. Sin embargo, cuando estos son a Montevideo u otros departamentos no es posible cumplirlos en tiempo y forma. Esto provoca ciertos niveles de conflicto y malestar en las mujeres privadas de libertad.

27 Para la atención programada se reciben a tres personas privadas de libertad de cada sector para el día correspondiente.

4.6. Historias clínicas

En ninguna de las tres unidades la historia clínica llega al momento de ingreso y existen demoras de hasta tres meses en su arribo. También se informó de casos donde se extravió durante el proceso de traslado. Frente a estos hechos, desde los centros visitados tampoco se envía la historia cuando una persona privada de libertad es derivada a otra unidad, sino que algunas remiten una copia o esperan a que el personal sanitario de la unidad de destino se comunique con la de origen. Esta comunicación también la realizan para poder conocer los antecedentes patológicos y los tratamientos que recibían anteriormente los pacientes cuando ingresan. Particularmente en Rivera, cuando egresan, se efectúa una copia y se entrega en sobre cerrado.

Con relación a las historias clínicas se observó que no siempre se cumple con la obligación de que se registre todo acto médico. Esto se da particularmente en las consultas realizadas por el equipo de guardia.

En la Unidad 12, el equipo de salud puede acceder al sistema electrónico para otorgar los números a los pacientes que consultan en el servicio (señalada dentro del sistema sanitario como “policlínica Cerro Carancho”), lo cual permite mantener un adecuado registro de las asistencias de cada persona. A su vez, este equipo también puede acceder a los resultados de los análisis solicitados y de los estudios de imagenología. Si bien en la visita del 3 de mayo de 2019 no se cuenta con Internet, se envió un oficio solicitando la restauración del servicio; y en la visita del 23 de agosto se constató que ya se había solucionado el inconveniente.²⁸

Las historias clínicas se separan en activas y pasivas, según los pacientes estén o no en el centro, una clasificación que se realiza en todas las unidades. A su vez, tanto en Rivera como en Maldonado, se guardan separadas las historias de los pacientes con patologías crónicas sin especificar etiología (lo cual favorece la organización) y sin individualizar las historias.

28 Oficio n.º 537/MNP-SA 2019.

4.7. Consideraciones en materia de salud

Es importante tener en consideración el valor de una correcta evaluación inicial de las personas privadas de su libertad al momento de ingresar al sistema penitenciario y cada vez que son trasladadas a una nueva unidad. Estas instancias son útiles para lograr la captación e inserción de las personas al sistema de salud. También para realizar la pesquisa de las patologías más prevalentes en el país y valorar los posibles factores de riesgo que puedan desencadenar o empeorar afecciones físicas o mentales vinculadas al encierro. Dicha valoración inicial, no solo debe abocarse a confirmar o descartar la presencia de lesiones físicas, sino que debe incluir una anamnesis y examen físico completo, con el consecuente registro en la historia clínica y la solicitud de exámenes complementarios en las situaciones que amerite. Para lograr un control de salud adecuado se puede tener presente lo establecido en el Decreto 274/017, que en su artículo 5 menciona los elementos básicos a considerar para la correcta valoración, así como “la paraclínica complementaria recomendada según sexo y edad [...] como pesquisa de las enfermedades más prevalentes, de mayor morbilidad en nuestro país y de acuerdo a las pautas, recomendaciones y normativas vigentes”.²⁹

Se debe ofrecer a los pacientes la posibilidad de realizarse el test rápido del VIH, según la Ordenanza n.º 567/014 del Ministerio de Salud Pública. Las pruebas diagnósticas pueden realizarse cada vez que la persona lo solicite, pero es sustancial aconsejar y asesorar desde el momento previo a la realización y solicitud de las pruebas, informar sobre el resultado y fomentar pautas y prácticas de autocuidado. Todo el procedimiento deberá basarse en plena confidencialidad, así como requiere la solicitud en forma verbal de un consentimiento informado. Este se recabará frente a todo procedimiento de atención médica, lo que incluye a los exámenes complementarios.³⁰

29 En el Anexo I del Decreto 274/017 se detallan las determinaciones y los exámenes complementarios recomendados. Disponible en: <www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/274-2017>.

30 “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente

Desde la INDDHH-MNP se fomenta la creación, reforma y mantenimiento de los espacios destinados a policlínicos dentro de las unidades penitenciarias. Espacios donde se pueda satisfacer las necesidades y las demandas sanitarias de la unidad, y brindar una asistencia médica integral adecuada a los pacientes, a la vez que constituye un lugar de trabajo digno para los funcionarios.

Por lo general el sistema de salud a nivel penitenciario se basa en el tratamiento de los problemas de salud o enfermedades emergentes; sin lograr completamente un rol proactivo donde se valoren en forma previa las patologías existentes para poder prevenirlas. Cada vez más se ha entablado en el plan de salud en la comunidad el enfoque basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, valorando a la persona como un todo para lograr una atención integral. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos n.º 24 y 25 mencionan tanto la responsabilidad del Estado de brindar la prestación médica a las personas privadas de libertad con los mismos estándares de atención sanitaria que se disponen en la comunidad.³¹ Asimismo, señalan la necesidad de contar en cada establecimiento penitenciario “con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos”.³² Una de las metas que se logra cumplir con estas acciones es generar un perfil epidemiológico de las patologías que prevalecen en el contexto de encierro, implementar una pesquisa adecuada y generar planes de promoción y prevención, con el fin de mejorar las condiciones de vida.

o su representante —luego de recibir información adecuada, suficiente y continua— y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento (...). Artículo 11 de la Ley 18.335, publicada el 26 de agosto del 2008. Disponible en: <www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>.

31 Reglas Mandela n.º 24 y 25, p. 13. Disponibles en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>.

32 Ibidem., n.º 25.1, p. 13. Disponible en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>.

Durante el monitoreo realizado en las unidades penitenciarias incluidas en este informe, se ha constatado el trabajo que han ido implementando los servicios de salud para fortalecer la atención primaria de salud. De todas formas, resulta necesario continuar mejorando algunos aspectos y atributos de esta estrategia de atención. Se constataron fallas en: I) la accesibilidad (particularmente por la existencia de barreras en la utilización del sistema sanitario), II) la coordinación (no se visualizó la existencia de una comunicación fluida entre los policlínicos de las distintas unidades ni una adecuada conexión entre el sistema sanitario y el penitenciario).

En cambio, se observó que los servicios de salud presentaban la capacidad de resolver un alto porcentaje de los problemas de salud de la población privada de libertad.

Para lograr una atención primaria de salud de calidad y eficiente, se requiere de la presencia y disponibilidad de ciertos elementos esenciales como: I) el suministro de alimentos con una adecuada nutrición; II) el acceso al agua potable y saneamiento básico; III) el asesoramiento sobre inmunizaciones; IV) el suministro de medicamentos fundamentales; V) el tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes.

También beneficia a este modelo de atención el lograr la participación activa de las personas privadas de libertad en la toma de decisiones vinculadas a su salud. De esta manera, se ve favorecida su autonomía, logrando que se reconozca a los profesionales del servicio y que estén informados sobre todo lo referente al servicio de salud para poder facilitar su acceso.

Factores como el hacinamiento y la insalubridad contribuyen a empeorar el estado de salud durante la reclusión. Asimismo, la falta de agua y de productos de higiene provocan carencias sanitarias. Todos estos son factores de riesgo para la salud que favorecen particularmente la aparición y propagación de enfermedades infectocontagiosas. Resulta entonces necesario tomarlos en consideración a la hora de hablar de promoción y prevención por parte del equipo de salud.

Otro elemento presente en la atención primaria en salud son las inmunizaciones. A este respecto es complejo llegar a mantener el

esquema de vacunación vigente en la población privada de libertad. Dentro de las causas más frecuentes se encuentra el extravío o la pérdida del certificado de esquema de vacunación (carné verde). De todas maneras, actualmente se puede obtener una copia solicitándola a los centros de vacunaciones. Si bien en el sistema penitenciario no es posible trasladar a las personas a estos centros para requerir dicha información, es necesario generar una estrategia para lograr el acceso al Sistema Informático de Vacunas (SIV) y permitir a las personas privadas de libertad acceder a su historial. Esta información es de utilidad para cumplir las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública para la vacunación en situaciones especiales, como la población privada de libertad.³³

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más prevalentes, como se ha mencionado, son pilares fundamentales en la atención primaria. Entre estos, el acceso a los controles ginecológicos debe tener un lugar importante en la atención a las mujeres privadas de libertad. Si bien desde los servicios de salud se informó que los controles se realizaban anualmente, esto no se pudo corroborar completamente, siendo necesario ajustar su frecuencia. Resulta fundamental informar a las mujeres respecto a los controles, sean estos dentro del centro o en policlínicas exteriores.³⁴

La accesibilidad es uno de los principales problemas (sino el principal) para poder mantener una correcta atención de salud con un proceso asistencial adecuado y continuo dentro del sistema penitenciario. Al mismo tiempo, representa una de las dimensiones de mayor trascendencia sobre la equidad en el sistema sanitario.

33 MSP-Guía Nacional de Vacunación en situaciones especiales. Junio 2018. Pág. 24. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-de-vacunacion-en-situaciones-especiales>>.

34 La Regla 18 de las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok) establece que “las reclusas tendrán el mismo acceso que las mujeres de su edad no privadas de libertad a intervenciones de atención preventiva de la salud pertinentes a su género, como pruebas de Papanicolau y exámenes para la detección de cáncer de mama y otros tipos de cáncer que afecten a la mujer”. En Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, Marco Normativo. Guía normativa acotada a la labor del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Montevideo, INDDHH, 2018, p. 101.

Se han identificado numerosas barreras que llevan a que este no pueda garantizar que las personas reciban la atención que precisan, en cantidad y en calidad, así como en tiempo y forma.

La mayor limitante para acceder a los policlínicos es la imposibilidad de circular por la unidad en forma libre. Partiendo de este punto es que se debe pensar en políticas de atención que articulen con el sistema penitenciario en pro de mejorar la asistencia de las personas.

Otro obstáculo, que puede concluir en una denegación de la atención médica indirecta, es la generación de intermediarios que validan o no la consulta o que le otorgan un valor jerárquico al motivo que la origina. Esto se observó en todos los centros visitados, donde los delegados de los sectores son los responsables de establecer una lista de quienes concurrirán al policlínico en el día establecido. A ello se suma el limitado número de personas que pueden agendar. Si bien no fue posible comprobarlo, parece plausible inferir que este tipo de medidas benefician a unos pocos y hacen que la salud no sea accesible. Esto conduce a que el acceso a la salud termine siendo percibido como un beneficio y no como un derecho.

Por otro lado, como los médicos no ingresan a los módulos, cuando una persona quiere consultar a la guardia médica, dado que no le corresponde día de policlínico o debido a la gravedad o urgencia del motivo, son los funcionarios del sistema penitenciario los que en repetidas oportunidades terminan decidiendo si amerita la consulta o no. Es de trascendental importancia la creación de un procedimiento que asegure el acceso de todas las personas enfermas que padezcan lesiones físicas o mentales, así como establecer un mecanismo de atención rápida en las situaciones de urgencia y emergencia.³⁵

El escaso personal policial es un factor que está presente en la amplia mayoría de las unidades penitenciarias y que se transforma

35 La Regla Nelson Mandela n.º 31 enuncia: “El médico o, cuando proceda, otros profesionales de la salud competentes, tendrán acceso diario a todos los reclusos enfermos, a todos los que afirmen padecer enfermedades o lesiones físicas o mentales y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. Todos los exámenes médicos se llevarán a cabo con plena confidencialidad”, p. 15. Disponible en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>.

en una barrera para el acceso a los servicios de salud, tanto internos (en la unidad) como externos. Esta dificultad debe tenerse presente al momento de realizar las coordinaciones de traslados y también al establecer los horarios de los servicios de policlínico en la propia unidad, ya que genera el incumplimiento de las consultas externas a nivel hospitalario. Esto lleva a un retraso en la atención sanitaria del paciente, prolongando los procesos mórbidos y dificultando las coordinaciones médicas y quirúrgicas.

Particularmente, se hace mención a la situación de Cerro Carancho, donde no se atienden las consultas de policlínico si no había guardia policial dentro del centro. Este condicionamiento constituye una vulneración del derecho a la salud. Si bien no se pretende que el personal de salud opere en ausencia de seguridad, esta última no puede ser una condición necesaria ni obligatoria para que se brinde asistencia a las personas. Es decir, tienen que buscarse alternativas a esta situación para poder dar continuidad al proceso asistencial.

Se debe garantizar la continuidad del proceso asistencial, tanto dentro del sistema penitenciario, durante los traslados y al momento del egreso de la persona. En este punto, la historia clínica se vuelve un elemento sustancial. Se trata de un documento médico legal confidencial y único para cada paciente (cuyo principal objetivo es asistencial) y es un elemento indispensable para la asistencia médica y el cumplimiento de la Lex Artis. Se establece en el Código de Ética Médica³⁶ y en la Ley 18.335 (y su decreto reglamentario) que todo paciente tiene derecho a que se lleve una historia clínica donde figure su estado de salud desde su nacimiento hasta su muerte y que el médico tiene el deber y el derecho de registrar todo acto médico que realice. No solo documentará el acto médico en sí mismo, sino también el cumplimiento de deberes del médico como informar, prestar asistencia y solicitar consentimiento. Estos aspectos también permiten que sea efectiva, como medio de comunicación en sentido transversal que mantiene un flujo constante de la información del paciente, entre los diferentes actores que intervienen en su asistencia.

36 El Código de Ética Médica es ley desde el año 2014, en que fue aprobado por Ley 19286.

Para garantizar la continuidad del proceso asistencial es necesario que la historia clínica sea trasladada simultáneamente con la persona, manteniendo el principio de confidencialidad. No resultan aceptables demoras de aproximadamente tres meses para que arribe al centro receptor.

La salud en el sistema penitenciario no debe ser ajena a las normas uruguayas referentes al acceso a la historia clínica electrónica nacional. Mediante la creación de la plataforma se ha logrado establecer la conectividad de los sistemas de información de cada institución con competencias legales en materia de salud, incorporándose las instituciones públicas y privadas y las personas al sistema de historia clínica electrónica nacional. El acceso a la plataforma permitirá disminuir las demoras en la continuidad de la atención sanitaria de los pacientes. Particularmente en lo referente a los tratamientos que ya se estaban recibiendo, tanto al ingreso a las unidades penitenciarias como frente a los traslados de una unidad a otra. De igual modo, admitirá la posibilidad de acceder y mantener la comunicación entre el servicio de salud a nivel penitenciario y el externo cuando se realizan las interconsultas y pedidos de exámenes complementarios. Por lo tanto, es necesario lograr el acceso a la historia clínica electrónica nacional desde el servicio de SAI-PPL de ASSE y desde la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial dependiente del Ministerio del Interior.

Un hecho que se reitera en todas las unidades visitadas es la inexistencia de equipos de salud mental interdisciplinarios, así como el abordaje limitado de los problemas relacionados al consumo de alcohol, drogas y dependencia a fármacos. No se ha logrado una cobertura suficiente en el área de la salud mental, detectándose como primera causa la falta de profesionales y el escaso número de horas asignadas para la atención. Esta se basa mayoritariamente en la consulta con especialistas en psiquiatría, sin planes de acción alternativos que permitan establecer pautas de protección de la salud mental en un contexto de encierro donde la prevención se vuelve un elemento sustancial para evitar desencadenar o agravar afecciones mentales.

5. Análisis comparativo del derecho a una alimentación adecuada en las unidades penitenciarias

5.1. Características de las plantas físicas y los servicios de alimentación

5.1.1. Plantas físicas

Las características de las plantas físicas de los servicios destinados a la alimentación son un extremo de vital importancia a la hora de evaluar la calidad de los alimentos que reciben los internos y las internas. Dichas características se analizaron de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Bromatológico Nacional, Decreto 315.³⁷

Unidad 13 (Las Rosas, Maldonado)

La planta física de la Unidad 13 se encuentra ubicada en el sector cercano a los módulos de los hombres y alejada del módulo donde se encuentran las mujeres. La Unidad de recepción dispone de asientos acondicionados con pallets de madera y telas, una mesa y dos sillas y una heladera que cuenta con material de “uso interno” de las personas privadas de libertad que trabajan en la cocina.

Frente a la recepción, separado por un pasillo que recorre toda la planta física, se encuentra el sector principal donde se preparan los alimentos. Los techos de planchada y pintados de blanco son adecuados. Las paredes están revestidas con cerámica blanca en un estado regular de conservación e higiene. Otro tanto ocurre con el estado del piso de cerámica roja.

Las mesadas si bien son de mármol, presentan una higiene deficiente. Las ventanas son de aluminio sin tejido malla de protección para impedir el ingreso de plagas. El local cuenta con

37 Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/315-1994>>.

una piletta en funcionamiento de acero inoxidable con canilla sin agua caliente, con prolongación de goma y dos piletas de acero. No existe para el secado de manos ni toallas de papel ni secador eléctrico.

En la parte posterior de la unidad de elaboración se encuentra la cámara de desagüe en un estado de deterioro considerable. Ello facilita la aparición de plagas y es un importante foco para el desarrollo de enfermedades tanto para quienes trabajan en la cocina como para aquellos que consumen los alimentos que allí se preparan. Hay una sub unidad de operaciones preliminares de carnes que dispone de una sierra eléctrica para el corte, pero no cuenta con balanza ni piletta exclusiva.



Foto 4. Detalle del interior de la cocina de la Unidad 13. Maldonado.

Unidad 7 (Canelones)³⁸

La planta física del Servicio de Alimentación se ubica en la parte exterior de la Unidad 7. Este aspecto determina la calidad del servicio, ya que condiciona la cantidad de PPL que pueden participar en las actividades de elaboración. El Servicio de Alimentación está integrado por varias unidades de organización que se encuentran separadas unas de otras, distribuyéndose en diferentes plantas físicas. La Unidad de Elaboración cuenta con techos de isopaneles pintados de color negro al igual que ocurre con las paredes. Estas últimas se hallan revestidas con cerámica blanca desde el piso hasta una altura de 1,50 metros. El piso se encuentra también recubierto con este mismo revestimiento. Ambos en un estado inadecuado de conservación e higiene. Las mesadas son todas de acero inoxidable, pero se encuentran en un mal estado de higiene. Hay dos piletas de acero inoxidable con canilla sin agua caliente. Para el secado de manos no se dispone ni de toallas de papel ni de secador eléctrico. Las ventanas son de aluminio sin tejido malla de protección para impedir el ingreso de plagas. Los recipientes para residuos se encuentran en condiciones de higiene inadecuadas, sin tapa y sin bolsa.

38 Con fecha 1 de julio de 2020 el MNP retomó las visitas de monitoreo en las diferentes unidades penitenciarias, comenzando por la Unidad 7, en donde se observaron algunas modificaciones en la estructura de la cocina, la limpieza del entorno y la distribución de alimentos en el Módulo 1. En el marco de la visita de monitoreo se pudo mantener una entrevista con el nuevo director de la Unidad, Carlos Taroco, se tomaron declaraciones a diversas personas privadas de libertad y se recorrieron las instalaciones del Módulo 2 y el policlínico. Como evaluación preliminar es pertinente señalar algunos cambios positivos que deberán ser objeto de un monitoreo posterior a efectos de emitir una opinión fundada por parte del MNP.



Foto 5. Vista del interior de la cocina de la Unidad 7.

Unidad 12 (Riviera - Cerro Carancho)

La planta física del Servicio de Alimentación de Cerro Carancho está ubicada en la planta baja del edificio en una habitación de 30 metros cuadrados aproximadamente. Se presenta en una sola Unidad de Elaboración que tiene en su interior una cámara y una antecámara. En ella se realiza también la distribución de comidas y el lavado de equipo menor. Se identificó un contenedor de hierro a más de 100 metros de esta unidad donde se conservan las carnes y una habitación donde se almacenan los alimentos no percederos. La Unidad de Elaboración tiene techos de hormigón pintados de color negro. Las paredes se encuentran pintadas de color verde sin revestimiento, en un estado inadecuado de conservación e higiene. Lo mismo ocurre con el piso, recubierto de cerámica roja y con mesadas de mármol gris.

Tiene dos piletas de acero inoxidable con canilla sin agua caliente. Para el secado de manos no se dispone de toallas de papel o de secador eléctrico. Las ventanas son pequeñas, lo que no permite ni la iluminación (que es artificial) ni la ventilación apropiadas. Además, no existe malla de protección para impedir el ingreso de plagas. Los recipientes para residuos se encuentran en condiciones de higiene inadecuadas, sin tapa y sin bolsa.

La Unidad de Panadería (ubicada también en la planta baja) está en funcionamiento. La disposición de víveres secos se encuentra en otro sector alejado a más de 100 metros de la Unidad de Elaboración.



Foto 6. Interior de la cocina de la Unidad 12.

Unidad 12 (Riviera - Mujeres)³⁹

El Servicio de Alimentación del sector de mujeres de la cárcel de Riviera se encuentra en el ala derecha del edificio, dividida en dos secciones: la Unidad de Elaboración y la despensa de víveres secos.

³⁹ Para más información ver Anexo III. Informe n.º. 117 MNP-SA 2020, Unidad 12 Riviera, sector femenino.

La Unidad de Elaboración es una habitación de aproximadamente 20 metros cuadrados. El techo es de hormigón pintado de color blanco que presenta algunas manchas de humedad y pintura descascarada. Las paredes están revestidas de azulejos blancos en regular estado de conservación (algunos rotos), pero en adecuadas condiciones de higiene. El piso es de cerámica amarilla y si bien algunas baldosas se encuentran deterioradas la higiene es adecuada. Lo mismo ocurre con la mesada recubierta con iguales baldosas que las paredes. La pileta de material también está revestida con azulejos blancos y cuenta con canilla de agua caliente para el lavado del equipo y los utensilios. La conexión de esta no es parte de una obra sanitaria, sino una adaptación artesanal. Para el secado de manos las cocineras disponen de trapos limpios.

Las aberturas se encuentran en mal estado de conservación y la ventana no tiene malla de protección. Existen en la cocina una campana y un extractor que no están en funcionamiento y no cuentan con tapa. Las condiciones de estas aberturas podrían facilitar el ingreso de plagas. La iluminación es con luz natural y con tubos de luz, tanto en la Unidad de Elaboración como en la despensa de víveres secos. Dispone de un freezer horizontal donde se almacenan las carnes recibidas para la semana, que se encuentra en la Unidad de Elaboración, al lado de la cocina. Esta tiene cuatro hornallas con conexión de gas por garrafa de 13 kilos y un horno aparte con un correcto funcionamiento. En la despensa se observó una higiene adecuada y orden de los víveres secos y de los productos de higiene (detergente, jabón e hipoclorito), los que también son allí almacenados. En ese lugar se ubican los vegetales, que son preservados en bolsas sin estantes de separación del piso. Se identificó una balanza que se encuentra en funcionamiento.

Las características generales de las plantas físicas de las Unidades 7, 12 y 13 son inapropiadas, tanto en lo relacionado al estado de mantenimiento como de higiene, lo que facilita la contaminación de los alimentos en el proceso de elaboración, imposibilita su adecuada preservación y promueve la presencia de plagas. Por lo tanto, no están dadas las condiciones para

garantizar la inocuidad de los alimentos elaborados. Por ello, se vuelve imprescindible mejorar de manera urgente la higiene y el mantenimiento de dichas unidades.



Foto 7. Vista de la cocina del sector femenino de la Unidad 12.

5.1.2. Cámaras de almacenamiento

Las Unidades 13 de Maldonado, 7 de Canelones y 12 de Rivera (hombres) cuentan con cámaras de carne, dispuestas en contenedores distanciados del sector de la recepción y preparación de comidas. Tienen pisos, paredes y techos ajustados a la normativa y no se identificaron carnes con signos de deterioro. El mantenimiento está a cargo de empresas privadas contratadas.

Para los vegetales, en la Unidad 13, la planta física principal dispone de dos cámaras en las que se conservan los alimentos para la quincena. Estas no cuentan con dispositivos para el control de la temperatura, manteniéndose las puertas cerradas como mecanismo para contribuir a su conservación. Los materiales empleados para la

construcción de los pisos y las paredes de las cámaras no cumplen con los requisitos establecidos en la normativa: son porosos, de difícil higienización y no son resistentes al uso. No presentan ángulos ni zócalos sanitarios. Dado que no se dispone de estanterías ni gancheras para el almacenamiento de los alimentos, los cajones, bolsas con vegetales y la carne permanecen depositadas sobre el piso. Esta situación dificulta la limpieza de las cámaras y aumenta la posibilidad de contaminación por situarse los alimentos sobre una superficie de tránsito.

En la Unidad 7, en la cámara destinada a la conservación de las carnes se encuentran almacenados, en el primer sector, algunos vegetales. La cámara cuenta con dispositivos para el control de la temperatura y se registró para el sector de las carnes una temperatura de -6.5° Celsius y para donde se conservan los vegetales una temperatura de 7.1° Celsius. Entre ambos no existe puerta de separación, pero la de ingreso se mantiene cerrada para contribuir a la conservación de la temperatura.

La Unidad 12 cuenta con dos cámaras de refrigeración en el sector donde se preparan los alimentos. En una de ellas, con un registro de 10° Celsius de temperatura, se constató mal olor e higiene inadecuada. En la otra, con una temperatura de 4° Celsius, se almacenan los vegetales. En el caso del sector de mujeres se dispone de un freezer familiar en el interior de la cocina, donde se conservan los alimentos que requieren refrigeración.

5.1.3. Control de plagas

El control de plagas se realiza en las unidades con la contratación de un servicio externo, el apoyo de la Intendencia departamental o la aplicación de pastillas para roedores y cucarachas aplicadas por los funcionarios en cada unidad, siempre que exista disponibilidad. De igual manera, las condiciones de mantenimiento no son las adecuadas en ninguna de las unidades para evitar la presencia de plagas.

Tabla 1. Cuadro comparativo del control de plagas

Unidad	Control de plagas
N.º 13	El estado de deterioro de la cámara de desagüe, las ventanas y puertas sin mallas de protección, los recipientes para residuos sin bolsa ni tapa, así como la inadecuada higiene, permiten y facilitan el ingreso de plagas a todos los sectores de la planta física. Además, varios gatos deambulan sin restricciones en todos los sectores.
N.º 7	El estado de deterioro de la Unidad de Elaboración, las ventanas y puertas sin mallas de protección, los recipientes para residuos sin bolsa ni tapa, así como la inadecuada higiene, permiten y facilitan el ingreso de plagas al sector donde se preparan y distribuyen los alimentos. Asimismo, se observó un número de al menos diez gatos en los alrededores de la planta física donde se preparan y distribuyen los alimentos.
N.º 12 (Rivera - hombres)	El estado de deterioro de la Unidad de Elaboración, las ventanas y puertas sin mallas de protección, los recipientes para residuos sin bolsa ni tapa, así como la inadecuada higiene, permiten y facilitan el ingreso de plagas al sector donde se preparan y distribuyen los alimentos.
N.º 12 (Rivera - mujeres)	Si bien la higiene del sector donde se preparan los alimentos es adecuada, así como el recipiente de residuos se encuentra con bolsa y tapa, la ventana no tiene malla de protección y el extractor roto no tiene tapa, lo cual facilita el ingreso de plagas.

5.1.4. Servicios de alimentación

Los servicios de alimentación de las unidades visitadas se realizan con el trabajo de personas privadas de libertad, cuyo ingreso a las tareas del servicio de alimentación como comisión depende de la conducta personal de cada uno. Estas son organizadas por funcionarios policiales y abarcan la recepción, la preparación de los alimentos, la limpieza y el mantenimiento de las plantas físicas.

El servicio de alimentación es proporcionado entre las 7 y las 19.30 horas, de acuerdo a la unidad. En algunos casos la cena, última comida del día, es servida a las 18 horas, lo cual determina un ayuno muy largo para las personas privadas de libertad.

En cuanto al estado de higiene se destaca que en la única unidad en que se constató una limpieza apropiada y un correcto mantenimiento general fue en la 12 (mujeres). El resto presenta

una inadecuada higiene. La vestimenta de las y los internos que cumplen funciones en las cocinas no es apropiada para ninguna de las unidades, constatándose que no se usa gorro, uniforme ni zapatos adecuados para las tareas.

Tabla 2. Cuadro comparativo del funcionamiento del servicio de alimentación

Unidad	Comedor institucional	Relación cantidad de reclusos comensales y de reclusos que cumplen funciones en la cocina	Carné de salud	Carné de manipulador de alimentos
N.º 13	No	1 cocinero cada 46 reclusos ⁴⁰	Solo 1 interno de 15	No
N.º 7	No	1 cocinero cada 199 reclusos ⁴¹	No	5 internos de 5
N.º 12 (Rivera-hombres)	No	1 cocinero cada 51 reclusos ⁴²	No	No ⁴³
N.º 12 (Rivera-mujeres)	Sí	1 cocinera cada 12 reclusas ⁴⁴	Sí, 3 internas de 3	No

La relación cantidad de reclusos que cumplen funciones en la cocina y reclusos comensales es diferente en cada una de las unidades. Se destaca que la Unidad 7 es la que registra una menor cantidad de cocineros, con una relación de 1 cada 199 reclusos. Ello repercute de forma significativa en la preparación de los alimentos y en las condiciones de trabajo de las personas privadas de libertad dedicadas a la tarea. Si bien las necesidades

40 692 comensales y 15 con funciones en la cocina (692% 15= 46).

41 993 comensales y 5 con funciones en la cocina (993% 5= 199).

42 458 comensales y 9 con funciones en la cocina (458% 9=51).

43 En la respuesta al Oficio n.º 538 MNP-SA 2019, se afirma que se ha solicitado el inicio de la gestión a la Subdirección para la obtención de dicho carné.

44 36 comensales y 3 con funciones en la cocina (36% 3=12).

de personal en los servicios de alimentación colectiva varían de acuerdo con el tipo de servicio, la complejidad de las actividades, el horario de funcionamiento, los días de descanso, la presencia de una dirección técnica en nutrición y la descripción de cada uno de los cargos, el mínimo requerido de cocineros se estima en 1 de cada 48 comensales,⁴⁵ aunque en Uruguay no se encuentra legislación al respecto.

Con respecto al carné de salud, en las Unidades 12 (hombres) y 7, ninguno de los cocineros lo poseen, mientras que en la 13 solo lo tiene uno de 15 que cocinan. En cambio, sí cuentan con él todas las internas que cocinan en la Unidad 12 (mujeres).

El carné de manipulador de alimentos solo lo poseen los internos que cocinan en la Unidad 7. Estos fueron gestionados a partir de las visitas realizadas para la realización de este informe.

Por otra parte, se destaca que las Unidades 7 y 13 ofrecen alimentación al personal policial, aspecto que no está considerado en Almacén Central del INR-Subdirección Nacional Administración en la distribución de alimentos en cada Unidad.⁴⁶

5.1.5. Rancho

El rancho es la preparación que reciben los internos en el almuerzo y la cena todos los días del año. Es una comida caliente elaborada en una olla que lleva como ingredientes algún cereal (que puede ser arroz, fideos o polenta) y en algunos casos con agregado de leguminosas (como poroto o lenteja), junto con vegetales (como papa, zapallo, zanahoria, boniato), carne en trozos y salsa de tomate. No se le agrega sal, pero sí, en algunos casos, adobo, orégano o pimentón

45 Tejada, D. (2006): Administración de servicios de servicios de alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios, 2ª edición. Disponible en: <<https://es.slideshare.net/andreaacedodiaz/administracin-de-servicios-de-servicios-de-alimentacin-calidad-nutricin-productividad-y-beneficios-2ed-2006-dolly-b>>.

46 De acuerdo a entrevista desarrollada en Almacén Central en visita el día 3 de junio de 2019, la distribución de alimentos se realiza de acuerdo a la cantidad de internos e internas en cada Unidad y de acuerdo al presupuesto asignado para este rubro.

(dependiendo de la disponibilidad) . El estado del rancho es semi-líquido y los vegetales no se distinguen, porque pierden su estructura en la cocción (salvo la zanahoria), aunque también se pueden detectar algunos trozos de carne en las porciones servidas.



Foto 8. Plano de alimentos en las Unidades 7, 12 y 13.

5.1.6. Distribución de alimentos

La única unidad que presenta comedor institucional para las comidas de las personas privadas de libertad es la 12 de mujeres, en Rivera. Esta modalidad es la más recomendable para el servicio de alimentación.

En el resto de las unidades la alimentación el rancho se brinda en recipientes (tipo tupper) pertenecientes a las personas privadas de libertad. Para su distribución se trasladan hasta los módulos de cada una de las unidades en ollas (sin que se fijen las tapas) sobre carros de madera con ruedas, con los que recorren varios metros de

distancia a la intemperie entre las cocinas y los módulos sin que se efectúe control de temperatura.

En la Unidad 13, en el servicio de alimentación del sector masculino, el rancho se transporta a granel en ollas arrastradas por un carro con ruedas desde el área de elaboración hacia los diferentes sectores. Este también se efectúa sin control de temperatura. La tarea del servicio de comidas es realizada por internos y la preparación se sirve en recipientes de plástico (tipo tupper) propiedad de los internos. Se le suministra a cada uno dos cucharones de 450 mililitros cada uno (900 mililitros por cada interno). Cuando alcanza y si los internos lo solicitan, se les brinda otro cucharón más. En el sector femenino, el rancho es servido en los tupper que las reclusas envían en cada comida. Este es luego transportado desde el área de elaboración hacia el sector en carro de metal sin control de temperatura, recorriendo una distancia de más de 100 metros a la intemperie. Esto determina tanto la temperatura como la inocuidad de los alimentos. Esta situación, constatada en diversas visitas, fue objeto de una recomendación puntual, en la que se señaló a las autoridades del INR la necesidad de realizar las gestiones correspondientes a efectos de habilitar un espacio de cocina en el sector femenino.⁴⁷

Las porciones de rancho servidas en el sector femenino son iguales a las del masculino: dos cucharones de 450 mililitros cada uno (900 mililitros por persona). Pero en la visita se pudo constatar que varias de ellas no lo solicitan dado que muchas veces la alimentación se encuentra reforzada por el envío de paquetes por parte de familiares, lo que mitiga la mala alimentación en la unidad.

En el Módulo 1 de la Unidad 7 no se garantiza una equitativa distribución, fomentando un reparto injusto en donde es de esperar que no todas las personas privadas de libertad consuman la misma cantidad y calidad de alimentos. Se constató que el reparto es realizado sin la apertura de rejas y sin la supervisión de ningún funcionario, generando una distribución desigual. Asimismo, se pudo constatar el retiro de varias de las ollas que contenían casi

47 Ver Anexo I. Informe n.º 113 MNP-SA/2019. Publicado el 13 de junio de 2019.

exclusivamente caldo, pese a que quedaban reclusos sin recibir el alimento. Esta práctica administrativa de distribución agrava aún más la crítica situación con relación a la cantidad y calidad de alimentos brindados por la Unidad 7. Se contraviene así, de manera flagrante, lo establecido en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos.

Con relación a este punto, es importante señalar que el MNP ya realizó una recomendación específica a la Unidad 7, consistente en que: “Se instrumente algún mecanismo de distribución de alimentos en el Módulo 1 de la Unidad Penitenciaria n.º 7 a efectos de asegurar la distribución equitativa de alimentos a todas las personas privadas de libertad”.⁴⁸



Foto 9. Imágenes de la distribución de alimentos en las Unidades 7, 12 y 13..

Asimismo, aquellos que se encuentran en las barracas 1 y 3 no levantan rancho y se preparan sus propios alimentos con hornallas

48 Ver Anexo I. Informe n.º 113 MNP-SA/2019. Publicado el 13 de junio de 2019.

elaboradas artesanalmente con ladrillos y resistencias. Cuentan con heladeras y otros artefactos para la conservación y preparación de los alimentos.

En la Unidad 12, la distribución de alimentos se encuentra determinada de acuerdo al sector donde será entregado el rancho. En los sectores C o A (pisos 2, 3 y 4), que es donde se encuentran alojados los internos que trabajan en comisiones, se entrega mayor cantidad que en el resto. La diferencia que se constató por registro de peso de la porción de la carne cocida fue 21 veces menor en los sectores donde los internos no trabajan en comisiones.

Tabla 3. Comparativo de distribución de carne en los sectores de la Unidad 12 (Rivera-hombres)

Sector de la Unidad 12 (Rivera-hombres)	Gramos de carne
Sector C o A, comisiones	317 g
Resto de los sectores	15 g

5.1.7. Dietas

Las dietas están basadas verduras (como zapallo, papa, zanahoria, boniato) y pollo hervidos. Todos los días del año son iguales, tanto en almuerzo como en cena. Son preparadas por señalamiento de los reclusos (quien declara que tiene una patología que requiere un régimen especial) o a partir de la indicación de doctores en medicina.

Tabla 4. Comparativo de las dietas en las unidades estudiadas

Unidad	Dietas	Dieta con indicación de profesional de la salud
N.º 13	15 dietas indicadas para el tratamiento para patologías con inmunosupresión como tuberculosis, VIH o gastritis. ⁴⁹	Sí, son indicadas por el equipo de salud.

49 Solo en caso de constatación por estudios o especificación de especialista.

Unidad	Dietas	Dieta con indicación de profesional de la salud
N.º 7	56 dietas indicadas para el tratamiento de VIH, tuberculosis, desnutrición y patologías gástricas. ⁵⁰	Sí, son indicadas por el médico general.
N.º 12 (Rivera-hombres)	12 dietas indicadas para el tratamiento de VIH, gastritis, patologías hepáticas y diabetes.	Sí, son indicadas por el médico general
N.º 12 (Rivera-mujeres)	3 dietas: 1 para hipertensión y 2 gástricas.	No.

En los registros de los servicios de salud de la Unidad 13 solo figuran los nombres de las personas privadas de libertad que tienen indicada dieta, pero no consta la patología que la justifica y el personal de salud destaca la necesidad de contar con soporte nutricional para las personas que presentan patologías vinculadas con la alimentación.

En la Unidad 7 se constató el registro de los reclusos con VIH que reciben una canasta especial.⁵¹

Ninguna de las unidades presenta registro y administración de otras patologías relacionadas con la alimentación, como enfermedad celíaca, dislipemias, renales, desnutrición u otras.

5.1.8. Agua

El agua potable debería estar disponible en las celdas en las que se encuentran los internos durante todo el día, tal como se menciona en la Regla Mandela 22. Las unidades que incumplen con la disponibilidad de agua potable son la 13 y la 7.

50 Además, se registró que los reclusos con VIH reciben una canasta especial una vez por semana, elaborada por la Unidad, que cuenta con los siguientes alimentos: 1 kilo de porotos, 1 kilo de lentejas, 1 kilo de arroz, 1 kilo de fideos, 1 kilo de harina de maíz (polenta), 1 kilo de harina de trigo y 1 litro de aceite.

51 Una vez por semana se entrega: 1 kilo de porotos, 1 kilo de lentejas, 1 kilo de arroz, 1 kilo de fideos, 1 kilo de harina de maíz (polenta), 1 kilo de harina de trigo y 1 litro de aceite. En el momento de la visita doce PPL recibían comida de dieta por VIH o gastritis.

Tabla 5. Comparativo de la situación del agua en las unidades estudiadas

Unidad	Situación del agua
N.º 13	El agua es potable, de OSE. Cuentan con tanques con tapa administrados por un interno que oficia de aguatero. El agua que llega a las celdas de los baños de los internos es utilizada para tomar, para baño y limpieza de sus pertenencias. Es puesta a disposición solamente tres veces al día (en la mañana, al mediodía y en la tarde) durante 10 a 15 minutos y en alguno de los turnos durante 30 o 40 minutos. Su disponibilidad en la celda por turnos es insuficiente e inadecuada.
N.º 7	El abastecimiento de agua potable es a través de OSE, pero durante tres meses presentó problemas de presión para su distribución de los módulos, con mayor afectación en el número 2. Los internos de dicho módulo reciben el agua a través de tarrinas plásticas que son llenadas con mangueras, lo cual obstaculiza su inocuidad.
N.º 12 (Rivera-hombres)	El agua se obtiene de pozos semisurgentes sin tratamiento, debido a que los controles de la Intendencia Departamental ha realizado análisis que no han mostrado datos negativos, de acuerdo a la respuesta al Oficio n.º 538 MNP-SA 2019.
N.º 12 (Rivera-mujeres)	El agua es potable, de la red de OSE.



Foto 10. Plano del sistema de distribución de agua en el sector 2 de la Unidad 7.

5.1.9. Huerta

La disponibilidad de terreno para el desarrollo de huertas en las que se produzcan vegetales e incluso frutas está desperdiciada en las unidades visitadas. Los vegetales y frutas son alimentos de alto valor nutricional por su aporte en fibras, vitaminas y minerales, nutrientes insuficientes en la dieta brindada. El desarrollo de las huertas en los centros de reclusión, con una producción mayor de la que se obtiene en la actualidad, podría redundar en una mejora en la alimentación de los reclusos.

Tabla 6. Comparativo de la situación de las huertas y sus posibilidades en las unidades estudiadas

Unidad	Presencia y potencial de desarrollar la huerta
N.º 13	En convenio con el Consejo Directivo Central de la ANEP, se desarrolla una huerta con dos espacios cerrados como invernaderos y un amplio terreno destinado a la producción de hortalizas (acelga, espinaca, morrones, tomates, zanahoria, entre otras). En el momento de la visita estaban plantando semillas de sandía. Se lleva adelante con el apoyo educativo de un profesor con conocimientos de producción de hortalizas, quien lleva adelante este trabajo desde hace cuatro años. Ha incluido recientemente el apoyo de una cocinera, quien elabora preparaciones con las hortalizas cosechadas, junto a los internos que trabajan en este programa. En la actualidad este incluye a 15 personas y la producción es utilizada por los propios internos en la cocina, donde se prepara la alimentación para los funcionarios policiales, con donaciones a escuelas de la zona. En ocasiones, es comercializada.
N.º 7	Se constató la presencia de una huerta con dos espacios cerrados como invernaderos para la producción de hortalizas, pero con escaso mantenimiento. Los internos que se dedican a dicha tarea no se encontraban trabajando en ninguna de las tres visitas. La huerta tiene un potencial no desarrollado, ya que aportaría en la provisión de alimentos saludables para la cocina institucional.

Unidad	Presencia y potencial de desarrollar la huerta
N.º 12 (Rivera-hombres)	No presenta espacio destinado para la huerta.
N.º 12 (Rivera-mujeres)	No presenta espacio destinado para la huerta.



Foto 11. Detalle de la huerta de las Unidades 7 y 13.

5.2. Administración de alimentos

La programación de las necesidades de alimentación de las personas privadas de libertad de las Unidades 7, 12 y 13 se realiza por parte del Almacén Central del INR-Subdirección Nacional Administración. Los alimentos son recibidos por funcionarios policiales, encargados del economato y las subdirecciones de las unidades.

5.2.1. Frecuencia de recepción de alimentos

La programación establece la frecuencia de recepción que se presenta en la tabla 7.

Tabla 7. Programación de la recepción de alimentos

Alimento	Frecuencia de recepción
Carne vacuna, pollo y cerdo.	Semanal
Vegetales: zapallo, zanahoria, papa, boniato.	Quincenal
Viveres secos: harina, arroz, fideos, polenta, lentejas, porotos, pulpa de tomate, aceite, azúcar, cocoa, pimentón, orégano, adobo, sal, levadura.	Mensual

Se destaca que ni en Almacén Central del INR-Subdirección Nacional Administración, ni en ninguno de los servicios de alimentación de las unidades visitadas contaban, al momento, con nutricionista, que es el profesional que debe estar a cargo de los servicios de alimentación, de acuerdo a la Ley 19.770 de 2019. Sin perjuicio de ello, en la actualidad el INR ha incorporado una nutricionista, lo cual se considera de suma importancia para la gestión de la alimentación en los centros de reclusión. Resulta pertinente señalar que el MNP ha mantenido dos reuniones con dicha profesional, a efectos de transmitir algunas de las preocupaciones que forman parte de este informe.

5.2.2. Registros escritos

El único registro escrito común para todas las unidades es una planilla de Excel de control de stock, que es gestionada en el economato de cada una de ellas.⁵² En dicha planilla se registran los ingresos y egresos de cada alimento, así como el stock final de la totalidad de

⁵² La planilla de stock considera alimentos con más variedad que lo se ofrece en la alimentación de los internos, constatándose registros de 0 en varios alimentos como: acelga, arvejas, banana, calabacín, dulce de leche, dulce de membrillo, huevos, manzana, morrón, naranja, pepino, perejil, puerro, manteca, remolacha, repollo, tomate, yerba, zanahoria y zapallitos.

alimentos actualizado. Por otra parte, los economatos poseen planillas diarias en las que se registra la salida de las cámaras y de las despensas de los diferentes alimentos. Estas fueron ellos documentos oficiales utilizados para los cálculos de aporte nutricional de la alimentación de cada unidad.

5.2.3. Variabilidad de la dieta en las diferentes unidades

La variabilidad de alimentos (carne, cereales y verduras) que reciben las Unidades 7, 12 y 13 es escasa. No existe disponibilidad de frutas ni huevos para ninguna situación (salvo en casos puntuales de donaciones) y la variedad de hortalizas también es insuficiente reduciéndose a zapallo, zanahoria y cebolla, además de los tubérculos papa y boniato. Las carnes no incluyen en ningún momento del año pescado, cuyo consumo es recomendado porque aporta, además de proteínas, grasas de buena calidad que no se encuentran en otros alimentos. La dieta es monótona y mantiene casi siempre los mismos ingredientes y las formas de preparación.

La Unidad 7, además, no utiliza aceite en las preparaciones de los internos, pero sí lo entregan en las canastas destinadas a las personas con VIH y en la cocina de los funcionarios policiales.

Tabla 8. Comparativo de la variabilidad de alimentos en las unidades estudiadas

Unidad	Alimentos utilizados en el menú
N.º 13	Aceite, arroz, boniato, carne de cerdo, carne vacuna, cebolla, harina de maíz, polenta, papa, pimentón, pulpa de tomate, zanahoria, zapallo, leche en polvo, pan francés.
N.º 7	Arroz, boniato, carne de cerdo, carne vacuna, pollo, cebolla, harina de maíz, polenta, papa, pulpa de tomate, zanahoria, zapallo, leche fluida, pan francés.
N.º 12 (Rivera-hombres)	Aceite, fideos, arroz, carne de cerdo, carne vacuna, cebolla, papa, boniato, pulpa de tomate, zanahoria, zapallo, leche en polvo, harina, grasa (preparan galleta en la panadería).
N.º 12 (Rivera-mujeres)	Aceite, fideos, arroz, carne vacuna, cebolla, papa, boniato, pulpa de tomate, zanahoria, zapallo, leche en polvo, pan francés.

5.2.4. Evaluación de la calidad nutricional

Para la evaluación de la calidad nutricional se utilizó como patrón de referencia el documento sobre requerimiento energético para la población uruguaya del Ministerio de Salud Pública y la Escuela de Nutrición y Dietética.⁵³

Las recomendaciones de ingesta calórica y de nutrientes para la población se tomaron de acuerdo a la totalidad de reclusos mayores de 18 años.

Tabla 9. Comparativo del aporte nutricional en las unidades estudiadas

Unidad	Energía (kcal)	HC (kcal)	Proteínas (kcal)	Lípidos (kcal)	Fibra (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)
N.º 13	1714	1060	313,6	340,2	12,5	596,5	7,05
N.º 7	1369	886,4	238,4	244,8	5,7	739,9	3,6
N.º 12 Cerro Carancho	1612,7	1102	263,2	247,5	10,7	571,1	6,9

De las unidades analizadas, los hombres recluidos en la 7 son quienes reciben menos calorías, hidratos de carbono, proteínas, lípidos, fibra y hierro.

Tabla 10. Comparativo del aporte nutricional en las mujeres en las unidades estudiadas

Unidad	Energía (kcal)	HC (kcal)	Proteínas (kcal)	Lípidos (kcal)	Fibra (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)
N.º 13	1714	1060	313,6	340,2	12,5	596,5	7,05
N.º 12 Cerro Carancho	1403	855	203,2	345	9,2	587,8	5,82

53 Documento sobre requerimiento energético para la población uruguaya, Montevideo, Ministerio de Salud Pública-Escuela de Nutrición y Dietética, 2019, inédito.

En el caso de las mujeres, las reclusas en la Unidad 12 son quienes reciben menos calorías, hidratos de carbono, proteínas, calcio y hierro.

5.2.5. Porcentaje de adecuación del aporte nutricional de las Unidades 13, 7 y 12 en hombres y mujeres reclusos

Para estimar la adecuación tanto de calorías como de carbohidratos, proteínas, lípidos, fibra, hierro y calcio, se estima la suficiencia adecuada cuando el porcentaje se encuentra entre el 90 y 110%, de acuerdo al documento de requerimiento energético para la población uruguaya anteriormente citado. Si el aporte nutricional es menor a 90%, se considera que es insuficiente.

La estimación calculó en cada unidad el aporte nutricional para la preparación rancho (tanto en el almuerzo como en la cena), el pan y la leche entregados en el día de una visita, tomando el dato de las planillas diarias. Para dicha estimación se realizó una guía de consumo para cada unidad (las cuales se adjuntan como anexo).

Tabla 11. Porcentaje de adecuación del aporte nutricional de las unidades (hombres)

Unidad	Energía	Carbohidratos	Proteínas	Grasas	Fibra	Hierro	Calcio
N.º 13	71	80	131	56,7	33	87,5	59
N.º 7	59	70	100	53	15	45	74
N.º 12 Cerro Carancho	67,6	46,7	11	10,4	28	63	57

Los reclusos hombres de las unidades estudiadas reciben en su alimentación cantidades insuficientes de energía, carbohidratos, grasas, fibra, hierro y calcio. Otro tanto ocurre con el aporte de proteínas para quienes se encuentran en la Unidad 12 y suficiente, de acuerdo a los registros diarios, para los que permanecen en las 7 y 13.

Tabla 12. Porcentaje de adecuación del aporte nutricional de las unidades (mujeres)

Unidad	Energía	Carbohidratos	Proteínas	Grasas	Fibra	Hierro	Calcio
N.º 13	90	101	165	69	50	39	59
N.º 12, Rivera	75	83	108	73	36,8	32	58

Las reclusas mujeres de las Unidades 13 y 12 reciben en su alimentación cantidades insuficientes de grasas, fibra, hierro y calcio. El aporte de energía y carbohidratos es insuficiente para quienes se encuentran en la Unidad 12 en Rivera y suficiente para las de Maldonado. En el caso de las proteínas son suficientes para las reclusas de las dos unidades.

5.3. Consideraciones en materia de alimentación

La disponibilidad y el acceso a los alimentos en los centros de reclusión es escasa y no logra cubrir las necesidades esenciales de las personas privadas de libertad. Se destaca especialmente el bajo aporte de fibra, tanto para hombres como para mujeres, así como el escaso aporte de hierro de la dieta de estas últimas, quienes se encuentran todas en edad fértil. La alimentación brindada consta de una dieta monótona e insuficiente para cubrir las necesidades fisiológicas humanas, lo que determina un inadecuado mantenimiento físico y mental y repercute en el estado de salud y en la calidad de vida. Los alimentos son preparados en plantas físicas que no cumplen con los requisitos mínimos de inocuidad, por una cantidad insuficiente de personas que no cuentan con la preparación para la tarea, lo que facilita la propagación de enfermedades transmitidas por alimentos.

6. Desafíos para la nueva administración en materia de salud y alimentación

Del trabajo realizado por el MNP se pudo constatar la existencia de una serie de factores que condicionan la efectividad del derecho a la salud y la alimentación en los establecimientos penitenciarios.

6.1. Derecho a la salud

En materia de derecho a la salud es fundamental que se tome en consideración un enfoque integral de la salud, a efectos de lograr una calidad aceptable de atención. Esto implica derribar los obstáculos en la accesibilidad y minimizar los determinantes negativos observados. A estos efectos es fundamental que se mantenga un diálogo óptimo entre los responsables de la atención sanitaria de las personas que se encuentran privadas de su libertad (SAI-PPL/ASSE y la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial) y las direcciones penitenciarias de cada unidad para poder brindar la seguridad necesaria del personal, sin generar barreras que obstaculicen la atención.

La implementación de policlínicas de captación, control o atención programada es un determinante positivo que favorece la atención primaria de la salud. Sin embargo, es necesario continuar trabajando para que este modelo se lleve adelante en todas las unidades, de manera que se logre una atención en salud igualitaria, adecuada y centrada en el paciente.

A lo largo del informe se ha sostenido que a las personas privadas de libertad les corresponden los mismos derechos establecidos para los pacientes y usuarios del sistema de salud, con la consecuente aplicación de todas las normas nacionales e internacionales. El cumplimiento de estas se vuelve fundamental para garantizar el derecho a la salud de todas las personas.

6.2. Derecho a una alimentación adecuada

En lo que respecta a la efectividad del derecho a una alimentación adecuada, del trabajo realizado surge que el Estado no cumple con este de manera efectiva. Se constataron diversos aspectos críticos que, si bien en algunos casos varían de unidad en unidad, en otros significan obstáculos que trascienden a los establecimientos y se presentan como problemas sistémicos. En esta línea, es clara la disparidad de criterios a la hora de definir las pautas de la alimentación del personal policial. Su inclusión, de hecho, no es tenida en cuenta en los cálculos realizados por el Economato Central, lo que impacta directamente en la cantidad de alimentos recibidos por las personas privadas de libertad. Asimismo, la falta de variabilidad de alimentos se relaciona con su compra y la organización de la alimentación debe ser ejecutada por cada unidad penitenciaria en base a los productos recibidos. Sin perjuicio de ello, existen otros factores que repercuten en la alimentación y que están vinculados a particularidades de cada unidad. En este sentido, la limitación de personas trabajando en la cocina de la Unidad 7 es un ejemplo claro de una sobrecarga en la actividad que, sin lugar a dudas, repercute en la calidad de la preparación. También se debe señalar la falta de una cocina separada para el sector femenino de la Unidad 13, aspecto ya indicado con anterioridad y que fue objeto de una recomendación a efectos de habilitar un espacio específico. El INR todavía no ha cumplido esta recomendación.

Durante las visitas, las personas que trabajan en la cocina, quienes administran los alimentos e inclusive el personal de Almacenes Centrales reconocen la necesidad de mejorar los aspectos de alimentación. Esto puede ser identificado como una oportunidad para iniciar cambios en la gestión actual de la alimentación.

Dentro de los aspectos señalados en el informe, las huertas aparecen como un elemento que tiene un potencial importante. En este sentido, se alienta al INR a continuar trabajando a efectos de mejorar la capacidad productiva y, por consiguiente, la alimentación de las personas privadas de libertad. Más allá de ello, es oportuno

señalar la necesaria regulación de estos aspectos, a efectos de establecer de manera precisa el destino de los productos y las condiciones de trabajo de las personas privadas de libertad.

Se identifica como una fortaleza que el INR haya incorporado al equipo de trabajo a una profesional nutricionista, quien posee las herramientas para la gestión de la alimentación en los centros de reclusión, aunque se destaca que su trabajo debe ser apoyado y fortalecido con un equipo destinado únicamente a la alimentación de las personas privadas de libertad.

6.3. Líneas de trabajo 2020-2021

Resulta pertinente, previo a considerar algunos aspectos centrales propios de este informe y que hacen a las líneas de trabajo para el 2020-2021, efectuar unas referencias mínimas a la situación de emergencia sanitaria nacional, consecuencia de la constatación de casos de COVID-19.

A partir del 13 de marzo de 2020, el MNP se ha enfocado en realizar un seguimiento de las medidas adoptadas por las autoridades, manteniendo reuniones con los diferentes actores del sistema penitenciario. Asimismo, con fechas 26 de marzo y 16 de abril, el MNP realizó dos declaraciones públicas en donde exhortó a las autoridades a adoptar medidas urgentes con relación a las personas en situación de encierro.⁵⁴ En ellas recomendó la toma de medidas específicas para las personas privadas de libertad, que presentan supuestos de especial vulnerabilidad de acuerdo a la OMS.⁵⁵

La situación de vulnerabilidad constatada en el trabajo de monitoreo durante el año 2019, así como las deficiencias específicas en materia de salud y alimentación representan una preocupación

54 Disponible en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/ante-pandemia-covid-19>>.

55 Disponible en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/inddhh-exhorta-tomar-medidas-urgentes-para-personas-privadas-libertad-mayor>>.

medular del MNP. En este contexto, se hace necesario centrar los esfuerzos en atender la situación de emergencia sanitaria, sin perder de vista que es posible que muchos de los obstáculos señalados en el presente informe se vean agravados, dadas las condiciones actuales.

Desde la óptica del equipo del MNP existen algunas líneas de trabajo a seguir para avanzar en el ejercicio del derecho a la salud en las unidades penitenciarias de todo el país, que se presentan a continuación.

A) Necesidad de un prestador de salud único en todo el país. Existen muchas dificultades generadas por la dualidad de organismos públicos responsables. Solo para mencionar algunos ejemplos, se advierten una serie de inconvenientes en las coordinaciones entre los dos prestadores (SAI-PPL/ASSE y la Subdirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial) y en la utilización de herramientas para la optimización del servicio sanitario, como ser el acceso a las historias clínicas, la distribución de determinados medicamentos o las coordinaciones médicas en general. Para que este objetivo se concrete se deben realizar las asignaciones presupuestales correspondientes.

B) Aprobación de una ley penitenciaria. Reforma del sistema penitenciario. Esta resulta imprescindible para regular en forma los derechos y obligaciones de las personas privadas de libertad, así como las obligaciones de la administración penitenciaria. Específicamente, proceder a la incorporación del derecho a la salud y una clara delimitación y atribución de responsabilidades del prestador de salud, por un lado, y de la dirección de la unidad, por otro. Se han observado problemas en la operatividad y coordinación entre el personal penitenciario y el operador de salud. Al establecer las responsabilidades de uno y otro se propiciaría una mejora en el real ejercicio del derecho a la salud de las personas privadas de libertad. Por otra parte, resulta imprescindible incorporar, específicamente, el derecho a una alimentación adecuada, conforme al artículo 12.1 del PIDESC (derecho a la salud incluye al agua

limpia potable y el suministro de alimentos sanos y una nutrición adecuada) y a la Regla 22 de Mandela.⁵⁶

La reforma penitenciaria propuesta en el artículo 87 de la Ley 19.889 se puede constituir en una oportunidad, a efectos de determinar con claridad la autoridad responsable de brindar este servicio y las directrices generales de coordinación entre las diferentes unidades penitenciarias.⁵⁷ Esta disposición, en su parte inicial, deja abierta la posibilidad de incorporar la delimitación de responsabilidades de manera explícita en una futura reforma penitenciaria, conforme a lo que se encomienda al INR.

C) Continuidad de la atención entre los establecimientos penitenciarios y las instituciones de salud. Resulta imprescindible generar un dispositivo eficaz para garantizar la continuidad de la atención entre los establecimientos penitenciarios y las instituciones de salud del SNIS. Se hace imperativo constituir una red capaz de dar respuesta en términos de accesibilidad y cobertura de atención, ya sea en el tránsito y cambio a diferentes unidades de privación de libertad, por derivaciones a centros asistenciales o por el regreso a sus hogares. Si bien existe,

56 Regla 22 de Mandela: “Todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas”. Disponible en: <<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>>.

57 Artículo 87, Ley 19.889: “(Estrategia Nacional de Reforma del Sistema Penitenciario). Encomiéndose al Instituto Nacional de Rehabilitación la elaboración de una Estrategia Nacional de Reforma del Sistema Penitenciario que incluirá metas a corto, mediano y largo plazo. Sin perjuicio de otros elementos que oportunamente sean incluidos, deberá contener: A) Planificación e implementación de un sistema de orden y seguridad que asegure la vida y la integridad física y psicológica de los reclusos, el estricto cumplimiento de los mandatos judiciales y la preservación de la infraestructura penitenciaria. B) Evaluación del riesgo criminal para determinar perfiles de ingreso y egreso a partir del pronóstico de reincidencia y de daños hacia sí mismo o terceras personas. C) Clasificación y segmentación de la población privada de libertad. D) Tratamiento e intervención en los medios cerrado, libre y pospenitenciario. E) Atención al uso problemático de drogas. F) Infraestructura y recursos humanos y materiales apropiados. G) Gestión de información. H) Diagnóstico, monitoreo y evaluación de todas las actividades que se lleven a cabo”.

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

La consolidación del Sistema de Atención Integral a las personas privadas de libertad supone continuar avanzando en el proceso de transferencia de responsabilidades de la atención de la salud de estas personas a los servicios de ASSE, que fue iniciado en el año 2010. En tanto este proceso prosigue y en él se comparten las acciones entre dos instituciones, resulta imprescindible que se mejore la coordinación entre los sistemas asistenciales intra y extrapenitenciarios. Especialmente en aspectos relevantes, que deben armonizarse y que requieren de la validación expresa de los corresponsables.

D) Historia clínica electrónica. Resulta imperioso integrar los sistemas de información asistenciales, implementando la historia clínica electrónica para cada una de las personas privadas de libertad. Se debe valorar la posibilidad de lograr el acceso a la historia clínica electrónica nacional, esto permitiría mejorar la calidad asistencial de las personas, garantizar la continuidad del proceso asistencial,⁵⁸ favorecer la gestión, respetando la confidencialidad y privacidad de los datos del paciente.

E) Atención en salud mental. Es esencial fortalecer la atención en salud mental con la provisión de los recursos económicos adecuados y la cantidad de profesionales necesarios para la conformación de equipos interdisciplinarios, asegurando un abordaje integral de la salud mental. Se debe prever el diálogo y la coordinación apropiados entre los profesionales de las distintas disciplinas en todas y cada una de las unidades penitenciarias para lograr un abordaje adecuado.

58 Es fundamental establecer la continuidad del proceso asistencial en todo momento, cuando las personas son trasladadas a una unidad con otro servicio de salud, al realizarse consultas externas y luego de finalizada la condena.

F) Creación de un Programa de Alimentación. Promover la creación de un Programa de Alimentación dentro de la estructura administrativa del INR, con el cometido de administrar y gestionar la alimentación de las personas privadas de libertad. Dicho programa debería atender la situación de los aspectos relevados en este informe como determinantes para el ejercicio del derecho a la alimentación: 1) adecuar las plantas físicas en conservación, mantenimiento e higiene; 2) fortalecer en cantidad y capacitación al personal que se dedica a las tareas de cocina; 3) estimular los comedores institucionales para las personas privadas de libertad o, en su defecto, mejorar la distribución de alimentos con medios de transporte, vajilla adecuada y una distribución equitativa de las preparaciones; 4) mejorar la variabilidad de alimentos con una mayor cantidad de vegetales e incorporar fruta, pescado y huevos; fiscalizar especialmente la gestión de la carne; 5) incitar a que todos los centros tengan disponible en todo momento agua potable; 6) incluir nutricionistas en los equipos de salud; 7) fortalecer las huertas existentes, de tal manera que los alimentos producidos sean consumidos por las reclusas y los reclusos; 8) asegurar la disponibilidad de agua potable en todo momento en los centros de reclusión.

Anexos



INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA UNIDAD N° 13 Cárcel Las Rosas Maldonado

**Informe N°113/MNP-SA/2019
Montevideo, 12 de junio de 2019**



PRESENTACIÓN

El presente informe es el resultado de una serie de visitas realizadas a la Unidad 13 en las cuales se efectuó un seguimiento de las recomendaciones emitidas en el informe N° 080/MNP- SA/2017 de fecha 25 de Abril de 2017¹ donde se planteó la situación de este establecimiento que, desde hace mucho tiempo atrás, registra grandes déficits en la protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad.

En el decurso de las visitas realizadas se detectó una serie de problemas que se asociaban entre sí y que, asimismo, potenciaban riesgos de diferentes violencias. Como labor preventiva y proactiva se transmitió, tanto en el diálogo con las autoridades como en el informe y recomendaciones, los aspectos que se deberían abordar a la brevedad para prevenir situaciones conducentes a violaciones de los derechos humanos.

En esta línea se priorizó el abordaje de determinadas problemáticas cuya solución no admitía mayor dilación. Las graves carencias en materia de salud, alimentación y seguridad eran fuente de múltiples conflictos y tensiones. Esto condujo a enfocar las recomendaciones en dichas áreas, sin dejar de reconocer otras dificultades como ser; la evaluación de perfiles y régimen de progresividad, espacios y actividades laborales y recreativas, perspectiva de género, educación, higiene y procedimientos disciplinarios entre otros que han sido señalados y descritos en el informe referido.

La unidad Nro. 13 es una de las unidades penitenciarias del interior de la república que presenta mayores problemas².

Dentro de los factores que inciden en que se produzcan estos déficits se pueden señalar:

- a) Escasa cantidad de funcionarios, operadores penitenciarios, técnicos, médicos, psicólogos y psiquiatras que desempeñen sus funciones en forma coordinada para una unidad de sus características y problemáticas.
- b) Perfiles de las personas privadas de libertad que requieren de un abordaje más personalizado.
- c) Carencias de infraestructura y logística adecuada.
- d) Falta de móviles policiales para la gran cantidad de traslados y desplazamientos de todo tipo (coordinaciones médicas, quirúrgicas, traslados a juzgados, traslados a diferentes unidades).

¹ <http://inddhh.gub.uy/wp-content/contenido/2016/06/080-Informe-Las-Rosas-2017-04-25.pdf>

² Muchos de los problemas fueron consecuencia directa de los índices de hacinamiento o superpoblación de acuerdo a datos históricos. En este sentido resulta gráfico los siguientes datos proporcionados por la Oficina Centralizadora de Información del INR y la Dirección General de Secretaría del Ministerio del Interior; Población carcelaria existente en la Unidad 13: **7 de marzo de 2016** – Total 638 (36 mujeres y 598 hombres) **diciembre de 2016** – Total 734 (43 mujeres y 691 hombres) **17 de diciembre de 2017** – Total 781 (52 mujeres y 729 hombres). La población carcelaria ha descendido sensiblemente en el último año debido a los efectos de la aplicación del nuevo código del proceso penal, traslado de las personas que solicitan seguridad interna entre otros factores lo que en las sucesivas visitas a futuro del MNP verificará cabalmente si se concreta esa tendencia cuando se consolide la efectivamente la aplicación del nuevo código.



- e) Problemas de mantenimiento del establecimiento que dificultan una gestión apropiada.

Como forma de priorizar temas y para maximizar la labor preventiva la intervención se orientó a realizar el seguimiento de las recomendaciones efectuadas relativas a la seguridad interna, prestación de servicios de salud y alimentación.

El seguimiento sobre estos tres aspectos prioritarios se llevó a cabo en tres visitas realizadas a la Unidad Nro. 13 los días 8 de Octubre y 15 de Noviembre de 2018 y 21 de Marzo de 2019³. Asimismo, se fueron incorporando nuevos aspectos de estudio y análisis en estas áreas conforme a los hallazgos efectuados en las sucesivas visitas a la unidad.

Los equipos de visitas se conformaron con dos abogados a los que se agregó, en algunas de las visitas, dos médicas y una nutricionista para lo cual se contó con el aporte de la Facultad de Medicina en el marco del convenio de colaboración suscrito con la INDDHH.

1. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD INTERNA

En materia de seguridad interna el informe Nro. N° 080 /MNP- SA/2017, estableció las siguientes recomendaciones:

- a. Generar modificaciones en las condiciones de los presos en las celdas de seguridad, reducir el hacinamiento y corregir la precariedad de infraestructura que constituye una situación de violación de la dignidad humana.
- b. Disponer los recursos humanos necesarios de forma que se garantice a todos los presos, particularmente aquellos alojados en celdas de seguridad, que dispongan de horas diarias de patio, así como de la posibilidad de participar en tareas educativas y laborales.

Emitidas estas recomendaciones y presentadas a las autoridades del INR fueron discutidas con la Dirección de la Unidad Nro. 13. En visitas posteriores se constató que la situación permaneció incambiada e incluso, en determinado período, el problema se agravó aún más tanto en la situación de los internos como en la falta de recursos humanos.

El Sector A planta alta de la Unidad está destinado a alojar en sus celdas a quienes solicitan seguridad policial (por riesgo en su integridad física o psíquica respecto a otros internos) o a

³ **Conformación de los equipos de visitas:** **Visita día 8 de octubre de 2018:** Dres. Daniel Díaz y Álvaro Colistro. (Abogados del equipo permanente del MNP). **Visita día 15 de noviembre de 2018:** Dra. Natalia Bazán (Prof. Adjunta. Facultad de Medicina, Universidad de la República), Dra. Ma. Victoria Iglesias (Residente Facultad de Medicina, Universidad de la República), Nutricionista Elisa Bandeira (Magister Seguridad Alimentaria y Nutricional. Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de la República) y Dres. Daniel Díaz y Álvaro Colistro (Abogados del equipo permanente del MNP). **Visita día 21 de Marzo 2019** Nutricionista Elisa Bandeira (Magister Seguridad Alimentaria y Nutricional. Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de la República), Dres. Daniel Díaz y Álvaro Colistro. (Abogados del equipo permanente del MNP).



quienes se les dispuso seguridad judicial por la justicia penal competente. Dos de las celdas de este Sector se destinaron a quienes eran sancionados lo cual fue señalado por el MNP, en su oportunidad al Director del establecimiento por no corresponder su alojamiento en este sector por los problemas que aparejaba en un lugar que exige un mayor control que asegure la protección o seguridad física y/o psíquica.

En visitas anteriores a las que corresponden a este informe y en la del 8 de octubre de 2018 se constató superpoblación y hacinamiento de todas las celdas del Sector, problemas de higiene, carencia en el abastecimiento de agua, falta de espacio y lugar de dispersión y así como falta de actividades laborales y educativas. Más allá de los recaudos que se deben de tomar para proteger a quienes requieren de seguridad interna, estas personas no debieran verse afectadas en sus derechos como fue constatado.



Foto 1 – Una de las celdas para dos personas donde se alojaban 7 internos.

En celdas para cuatro o para dos personas se alojaban 7, 8 y hasta 9 personas, muchas de ellas durmiendo sin colchón, mientras que otras dormían debajo de una de las camas de hormigón existentes sin espacio para moverse y con mucha dificultad para respirar en forma normal.

No se proporcionaban los artículos de limpieza indispensables para la higiene adecuada de la celda, se accedía al agua por espacio de 20 minutos en tres oportunidades al día para abastecer a 8 o 9 personas para la limpieza de la celda, hidratarse y el aseo personal. Se recurre al llenado de envases de plástico para administrar el agua.

Las personas alojadas en el Sector de seguridad carecen de actividades laborales y recreativas, tienen escaso tiempo de patio al aire libre y, en un período de tiempo no pudieron tener un TV en sus celdas (esto último fue resuelto al ser señalado por el equipo de visita al Director de la unidad de la visita del 8 de octubre de 2018).

Todos los aspectos señalados confluyen en concluir que las personas privadas de libertad que necesitan seguridad en la Unidad y que fueron alojadas en este Sector A planta alta presentaban condiciones de vida totalmente inapropiadas y gravemente vulneradoras de sus derechos.



Este tipo de vulneraciones no cumple con mínimos estándares internacionales consagrados en la Reglas de Mandela⁴ para el tratamiento de reclusos; en lo referido al alojamiento reglas 12 a 17, en cuanto a la higiene personal regla 18, en lo que dice relación con la falta de una cama individual limpia regla 21, en la alimentación y agua regla 22.

Esta situación crítica, que fue señalada reiteradamente a la administración por parte del MNP, ameritó que el día 03 de octubre de 2018 la Dirección del Instituto Nacional de Rehabilitación dictara la Orden de Servicio Nro. 43-2018 que establece que...

- “A partir del día de la fecha, todas las personas privadas de libertad que sean derivadas a la Unidad Nro. 13, solicitando seguridad tanto jurídica como administrativa y los ofensores sexuales, serán derivados al Centro de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de la Zona Metropolitana (C.I.D.D.Z.M) a efectos de ser tratados por la Junta Nacional de Traslado (...). Todas las personas alojadas en la Unidad Nro. 13 que a partir del día de la fecha soliciten seguridad, serán también derivadas al (C.I.C.C.Z.M), a los mismos efectos”.

Con esta orden de servicio se procuró solucionar el problema de seguridad interna que se constató en la Unidad pero significa que la solicitud de seguridad en la Unidad Nro. 13 conlleva, automáticamente, a que se aloje a la persona que la pida a otra unidad penitenciaria.

Se debiera analizar si esta medida no traslada los problemas a otros lugares del sistema penitenciario en cuanto a condiciones de habitabilidad y, además, se afectan los derechos al contacto con su familia pues implica, en un principio, el eventual alejamiento de la familia y demás vínculos al ser trasladados fuera de su entorno familiar y social.

El MNP buscó verificar si la orden de servicio era cumplida por lo cual en las visitas realizadas el día 15 de noviembre de 2018 y 21 de marzo de 2019 se hizo un relevamiento de las personas alojadas en todas las celdas del Sector A Planta Alta, con entrevistas masivas y se solicitó un registro de los ingresos al Sector.

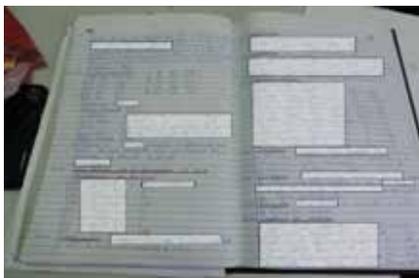


Foto 2 – Cuadernos de novedades que se revisó y cotejó para verificar la existencia o no de nuevos ingresos al Sector A planta alta en las primeras dos semanas de noviembre 2018.

Sin embargo, la verificación mediante el estudio de un registro adecuado no se pudo realizar pues no opera en esta unidad, en forma correcta y efectiva el sistema de gestión que se ha instalado en el ámbito penitenciario.

⁴ Aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el día 17 de diciembre de 2015.



Atento a ello se compulsó y cotejó el libro de novedades con una libreta donde se anotan los internos del día en dicho Sector. El problema existente sobre la operatividad del sistema de gestión fue señalado al Director de la Unidad en la vista del día 15 de noviembre.

En las entrevistas efectuadas en las dos últimas visitas se recibió información que desde el mes de octubre del 2018 no hubo ingresos al sector de seguridad y asimismo se observó una sensible reducción de personas en todas las celdas. En este sentido, la medida tuvo una buena recepción por parte de funcionarios e internos y disminuyó la tensión que creaba el hacinamiento. Sin perjuicio de la solución dada al hacinamiento del Sector A planta alta, por lo menos mientras siga rigiendo la Orden de Servicio Nro. 43-2018, siguen presentes los otros problemas constatados en este lugar, principalmente en lo que refiere a la falta de patio y de espacios recreativos que no cumple con la Regla de Mandela Nro. 23⁵.

Asimismo, debe realizarse un seguimiento de las trayectorias, los efectos y consecuencias sobre la vida y condiciones de reclusión de aquellas personas que fueron originariamente privadas de libertad en Maldonado y luego fueron trasladadas al C.I.D.D. Z.M para ser evaluados por la Junta Nacional de Traslado y, en definitiva, alojados en otra Unidad.

2. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SALUD

Los déficits en la prestación de salud a la población carcelaria son de larga data en la Unidad Nro. 13. Muchas de las deficiencias fueron señaladas en detalle en el informe de referencia. A partir de dicho informe se trabajó sobre las recomendaciones que se hicieran a fin de prevenir violencias y para que se brinde un servicio médico y una atención de la salud más adecuada a las necesidades de las personas que se encuentran privadas de su libertad. En este sentido, se entablaron conversaciones con las autoridades centrales del INR y con la Dirección de la Unidad. En una oportunidad, se tuvo una reunión con representantes de la Ex Sanidad Policial a fin de intercambiar puntos de vista y posibilidades de mejora del servicio. En estas entrevistas se le transmitió al equipo del MNP la intención de realizar ajustes en la prestación del servicio de salud que, entre otras cosas, incluiría una reforma edilicia del espacio destinado a la policlínica de la Unidad.

En las dos primeras visitas realizadas, pese a existir más de un mes entre las mismas, las reformas proyectadas en la policlínica no tuvieron un mayor avance tal como surge de la foto Nro. 4 del presente informe. En la visita realizada el día 21 de marzo de 2019 se constató la finalización de las reformas en la policlínica de la



Foto 3 - Estado de las reformas del espacio destinado a la policlínica de la Unidad en la visita realizada el día 15 de noviembre de 2018.

⁵ Regla de Mandela Nro. 23 “Todo recluso que no desempeñe un trabajo al aire libre dispondrá, si las condiciones meteorológicas lo permiten, de al menos una hora al día de ejercicio físico adecuado al aire libre”



Unidad. Según manifestaciones de la Dirección de la Unidad se registran filtraciones de agua en las habitaciones reformadas a pesar de la reciente habilitación del lugar.

El MNP decidió realizar un seguimiento estricto de las recomendaciones emitidas por el MNP en el informe Nro. N° 080 /MNP- SA. En materia de salud, ellas fueron las siguientes:

- a) Adoptar las medidas necesarias para el acceso a una atención integral en salud de los presos y las presas, garantizando el cumplimiento de la cadena asistencial (acceso, diagnóstico, indicación, cumplimiento de lo indicado, seguimiento), dando cuenta de los procesos asistenciales realizados a través del registro clínico que es obligatorio de todo acto asistencial.
- b) Atender la especificidad que requieren los portadores/as de patologías crónicas, tanto físicas como mentales, garantizando el tratamiento adecuado y oportuno, así como la continuidad del mismo, enfatizando particularmente la atención a personas portadoras de padecimientos mentales, tuberculosis, HIV, diabetes u otras condiciones médicas que requieren seguimiento y controles sanitarios regulares.
- c) Considerar prioridad sanitaria la atención en salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la asistencia médica y controles periódicos de las embarazadas.



Fotos 4 - Detalle de la finalización de las reformas en la policlínica de la Unidad (área de odontología).



Fotos 5 - Detalle de la finalización de las reformas en la policlínica de la Unidad (área de odontología).

En cuanto a la recomendación de brindar una atención integral luego de transcurrido dos años y conforme a las visitas realizadas se puede señalar que si bien se han logrado avances en las prestaciones sanitarias “con la creación de criterios internos asistenciales, organización de historias clínicas, mejoras en la atención odontológica, eliminación de señalización de las historias clínicas de portadores de VIH”; (Anexo I Informe salud) subsisten una serie de dificultades que coadyuvan para que el servicio no sea satisfactorio.

Entre otros aspectos existe una escasa cantidad de profesionales que además no cuentan con una relación laboral adecuada ni con los horarios necesarios para un servicio de salud apropiado. En una población carcelaria con un gran porcentaje de problemas de salud mental – según lo manifestado por el médico responsable del área – es de fundamental importancia disponer de una cantidad de psiquiatras y psicólogos suficientes en un amplio espacio de tiempo diario para poder abordar la prestación de salud en forma integral.



- *“El psiquiatra concurre los días sábados, consulta de 3-4 horas. Hay dos enfermeras que se encargan de administrar la medicación en dos turnos, por lo que se dificulta poder corroborar que todos los reclusos tomen realmente la medicación. El Dr. Mata nos refirió que aproximadamente un 25% de los reclusos presentan patología psiquiátrica. En cuanto al tratamiento de las descompensaciones o episodios agudos, los médicos del centro no indican medicación psiquiátrica e indican el traslado al Hospital Departamental. También cuentan con dos licenciadas en Psicología que atienden en otro lugar y realizan historias clínicas en paralelo, a las cuales no accede el resto del equipo sanitario. Son contratadas por INR, no mantienen comunicación”.* Anexo I Informe de salud.

Sigue siendo un tema preocupante los traslados y coordinaciones para brindar una asistencia en forma.

- *“Tienen grandes dificultades para llevar a cabo los traslados coordinados para concurrir a las interconsultas en el hospital. Los mismos son coordinados por el nurse pero aproximadamente más de un 60% (cifra informada por Dr. Marta), no se llevan a cabo ya sean por no contar con móviles, con oficiales o por ser coincidentes con el día de visita de los familiares entonces los reclusos se niegan a ir al Hospital.”* Anexo I Informe de salud.

Cabe señalar que, actualmente, la amplia mayoría de los reclusos cuentan con historia clínica individualizada, sin discriminación ni diferenciación por la patología; como se había recomendado fueron retiradas las anotaciones respecto al VIH en las portadas. Se implementó parcialmente un protocolo para lograr un registro más claro y completar la historia clínica.

- *“Como rutina general, a todos los ingresos se le solicita: VIH, serología para hepatitis, VDRL y baciloscopia. Las historias clínicas se separan en activas y pasivas, según estén o no presentes en el centro. La 2da recomendación en materia de salud (individualizada con la letra b en el presente informe) no se encuentra cumplida y el progreso en dicho sentido se ve relativizado por fallas en los sistemas de control y seguimiento por parte de la administración. “En relación a los reclusos y las reclusas que poseen patologías crónicas no transmisibles, refieren que se realizan controles periódicos de las mismas; pero estos dependen de que ellos se anoten a la policlínica semanal de su sector. No tienen implementado un sistema para identificar a quienes no están cumpliendo con los controles”.*

Existen distintos criterios de atención de los reclusos en base a las distintas situaciones clínicas (embarazadas, tuberculosis, serología positiva para VIH, patologías psiquiátricas). (Anexo I Informe de salud).

El informe de salud anexo destaca también:

- *“Falta de un seguimiento reglado en los pacientes portadores de patologías crónicas no transmisibles, coordinado por el equipo asistencial (no como ocurre en el momento donde son los reclusos quienes se anotan a la consulta), con verificación de su cumplimiento. Déficit en la atención psiquiátrica, sea por escasas horas de consulta o por falta de personal. Dificultades en la implementación de los*



tratamientos para portadores de VIH, de las cuales no se logró identificar el origen de las fallas. Es importante garantizar el acceso a los tratamientos en tiempo y forma”.

En la visita realizada el día 21 de marzo de 2019 se refirió por el médico que se encontraba presente y responsable de este tema, que muchas veces la medicación queda en el lugar del país donde anteriormente estuvo el interno y esto provoca estos desajustes. Por ejemplo, si el interno estuvo en Montevideo y fue trasladado con posterioridad a Maldonado, la medicación quedó en el hospital de Montevideo y no siguió al interno al lugar geográfico correspondiente, no existiendo una coordinación efectiva en este aspecto.

Se observa con satisfacción el cumplimiento de la recomendación 3era en materia de salud (identificada con la letra “c” en el presente informe) referida a las reclusas femeninas, por la cual se cumplen “los controles ginecológicos a cargo de especialista ya que se cuenta con un ginecólogo que asiste una vez al año para realizar los controles y Papanicolaou como así también los controles de las reclusas embarazadas”. (Anexo I Informe de salud).

El informe de salud anexo realizado por las médicas de la Facultad de Medicina refieren a la situación constatada al día 15 de noviembre la cual no tuvo alteraciones según lo verificado en la visita del 21 de marzo.

3. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN

En las visitas realizadas con fecha 15 de noviembre de 2018 y 21 de marzo de 2019 un equipo del MNP integrado por una Nutricionista procedió a recorrer las instalaciones de la cocina, despensa y cámaras de la Unidad; así como a realizar un relevamiento de los víveres asignados. El Equipo participó en la distribución de la comida (en los sectores masculino y femenino) a efectos de monitorear cómo se instrumenta el reparto de alimentos, la cantidad distribuida y el valor nutricional de la misma.

El objetivo de ambas visitas consistió en realizar un análisis de la alimentación de las personas privadas de libertad en la Unidad N° 13, a efectos de determinar las condiciones de inocuidad alimentaria y el aporte nutricional.

Características de la planta física y el servicio de alimentación

En lo relacionado a las características generales de la planta física, así como del servicio de alimentación, se constató que las mismas son inadecuadas tanto en el estado de conservación como de mantenimiento e higiene, esto facilita la contaminación de los alimentos en el proceso de elaboración, no estando dadas las condiciones para garantizar la inocuidad de los alimentos elaborados. (Anexo II Informe Alimentación y Nutrición).



Foto 6 - Detalle del estado del desagüe y parte posterior de la cocina



En el Sector de la cocina se observan diversas roturas en los pisos, que denotan falta de mantenimiento en las instalaciones. Asimismo, si bien se realizan tareas de limpieza se pudo observar la falta de elementos de higiene, así como el deterioro en los artefactos del Sector.

En relación al control de plagas, en la visita realizada con fecha 15 de noviembre de 2018, se recabaron versiones contradictorias, no existiendo certeza sobre la fecha de la última fumigación. Posteriormente, en la visita realizada con fecha 21 de marzo de 2019, se manifestó por parte de la Dirección Administrativa, que el control de plagas se realiza de manera quincenal mediante la aplicación de pastillas para roedores y cucarachas. Es importante señalar que de los 15



Foto 7- Cocina, detalle del estado de los pisos

internos que desempeñan tareas en la cocina de la Unidad Penitenciaria, solo uno tiene carné de salud vigente. El resto de los internos no poseen ni carné de salud ni capacitación en manipulación de alimentos. (Anexo II Informe Alimentación y Nutrición).

La alimentación en la Unidad Nro. 13

Posteriormente, se procedió a participar en la distribución de la comida en donde se pudo observar cómo se realiza el traslado de la misma y la cantidad suministrada por sector y por persona privada de libertad.

De acuerdo a la información suministrada por personal de salud de los 632 internos, 15 reciben comida de dieta, consistente en pollo, arroz y vegetales. Tal como surge del informe Anexo II Informe Alimentación y Nutrición en la Unidad Nro. 13, se pudo constatar los alimentos más frecuentes preparados en la Unidad y la cantidad recibida por recluso.



Foto 8- Preparación de almuerzo "rancho", detalle de la preparación

Tiempos de comida	Alimentos o preparaciones más frecuentes	Cantidades
Almuerzo y cena	Rancho de arroz, polenta o fideos con carne y vegetales (zapallo, zanahoria, cebolla, papa y boniato) con 1 pan francés en almuerzo y otro en cena.	900 ml de preparación (2 cucharones grandes)

Cuadro 1 - Detalle de la alimentación de la Unidad Penitenciaria Nro. 13 a partir de la información obtenida al momento de realizar las dos visitas de Monitoreo



De la información obtenida al momento de realizar las dos visitas de Monitoreo surge que la alimentación en la Unidad Penitenciaria Nro. 13 consiste en:

1. Leche en polvo: 1 kilogramo de leche en polvo a cada interno cada 20 días.
2. Rancho: es la preparación que reciben los internos en el almuerzo y la cena todos los días del año.
3. Dieta: Las dietas preparadas a partir de la indicación de profesionales de la salud. Todos los días del año son iguales tanto en almuerzo como en cena.



Foto 9- Distribución de almuerzo "rancho", detalle de cantidad de alimento por recluso – Sector Femenino



Foto 10- Preparación de pan, detalle de la preparación.



Foto 11- Preparación de almuerzo de dieta, detalle del arroz, vegetales y porción de pollo para reclusos con problemas de salud.



Foto 12- Distribución de almuerzo de dieta, detalle del arroz, vegetales y porción de pollo para reclusos con problemas de salud.

Asimismo, de acuerdo a lo detallado en el Anexo II Informe sobre Alimentación y Nutrición:

- "la adecuación tanto de calorías, como de carbohidratos proteínas, lípidos, fibra, hierro y calcio, se estima la suficiencia adecuada cuando el porcentaje se encuentra entre el 90- 110 %, de acuerdo al patrón de alimentación saludable del Ministerio de Salud Pública (MSP). La estimación se calculó para la preparación "rancho"⁶ con la

⁶ Para el promedio del aporte calórico y de nutrientes, en la primera visita el 15 de noviembre de 2018, Se toma como población general en base a la información de las entregas de alimentos realizadas: 587 internos entre



receta preparada para los internos el día de la primera visita, el jueves 15 de noviembre de 2018” (Anexo II Informe Alimentación y Nutrición).

- Las recomendaciones de ingesta calórica y de nutrientes para la población de acuerdo al sexo y edad⁷ son las siguientes:

Para hombres:	Para mujeres:
Energía 2402 Kilocalorías (kcal)	Energía 1900 Kilocalorías (kcal)
Carbohidratos (55-65%)	Carbohidratos. (55-65%)
Proteínas. (10-15%)	Proteínas (10-15%)
Grasas (25-30%)	Grasas (25-30%)
Fibra 38 gramos	Fibra 25 gramos
Hierro 11 mg/día	Hierro 24 mg/día
Calcio 1000 mg/día	Calcio 1000 mg/día

Cuadro 2 - Recomendaciones de ingesta calórica y de nutrientes para la población de acuerdo al sexo y edad.

En relación a este punto y tal como surge del Anexo II

- “La ingesta real estimada es insuficiente para cubrir los requerimientos de grasas, fibra, hierro y calcio tanto de los hombres como de las mujeres. La ingesta es suficiente en proteínas para hombres y mujeres. Tanto los requerimientos energéticos como los de hidratos de carbono son suficientes para mujeres, pero insuficientes para los hombres. Se destaca especialmente el bajo aporte de fibra tanto para hombres como para mujeres, como el escaso aporte de hierro de la dieta de las mujeres quienes se encuentran todas en edad fértil”. (Anexo II Informe Alimentación y Nutrición)

hombres y mujeres. De los 632 internos no consumen “rancho”: 15 hombres que trabajan en la cocina, 15 personas que trabajan en la chacra y 15 personas que tienen dieta por diversas patologías.

⁷ Para el cálculo se realizaron dos grupos etáreos: 18-29 y mayores de 30, debido a las diferencias entre las agrupaciones etáreas de la Unidad penitenciaria y de las recomendaciones nutricionales del Ministerio de Salud.

**Hombres**

Patrón de alimentación saludable (MSP).	Ingesta real estimada	Porcentaje de adecuación
Energía 2402 Kilocalorías (kcal)	Energía 1714 Kilocalorías (kcal)	71%
1321- 1561 Kcal provenientes los carbohidratos	1060 Kcal provenientes los carbohidratos.	80 %
240- 360 Kcal provenientes de las proteínas	313.6 Kcal provenientes de las proteínas	131 %
600 - 720 Kcal provenientes de las grasas	340.2 kcal provenientes de las grasas	56.7 %
Fibra 38 gramos	12.5 gramos de fibra	33 %
Hierro 11 mg/día	Hierro 7 mg/día	63 %
Calcio 1000 mg/día	596.5 Calcio mg/día	59 %

Cuadro 3- Comparativo entre ingesta real estimada y patrón de alimentación saludable - Hombres

Mujeres

Patrón de alimentación saludable (MSP).	Ingesta real estimada⁸	Porcentaje de adecuación
Energía 1900 Kilocalorías (kcal)	Energía 1714 Kilocalorías (kcal)	90 %
1045 - 1235 Kcal provenientes los carbohidratos.	1060 Kcal provenientes los carbohidratos.	101 %
190 - 285 Kcal provenientes de las proteínas.	313.6 Kcal provenientes de las proteínas	165 %
475 - 570 Kcal provenientes de las grasas	328.5 Kcal provenientes de las grasas	69 %
Fibra 25 gramos	12.5 gramos de fibra	50 %
Hierro 24 mg/día	Hierro 7 11 mg/día	29 %
Calcio 1000 mg/día	596.5 Calcio mg/día	59 %

Cuadro 4 - Comparativo entre ingesta real estimada y patrón de alimentación saludable - Mujeres

Asimismo, es importante señalar el caso de las 15 personas privadas de libertad, que tienen indicado alimento de dieta, no figura en los registros del servicio de salud la patología que justifica la misma; así como tampoco figuran otras patologías relacionadas con la alimentación. Por otra parte, el personal de salud valora como necesario “contar con soporte nutricional para las personas que presentan patologías vinculadas con la alimentación”. (Anexo II Informe Alimentación y Nutrición)

⁸ De acuerdo a la constatación de las porciones servidas en los pabellones, se estimó que la distribución de la comida se realiza de manera equitativa entre hombres y mujeres, tanto en el almuerzo como en la cena.

Por último, se destaca que el acceso al agua potable es limitado, ya que la misma se pone a disposición solamente 3 veces al día, durante períodos que oscilan entre de 10 a 30 minutos. En este sentido, se constató que la disponibilidad de agua en la celda por turnos es insuficiente, ya que la misma es utilizada para hidratarse, aseo personal y la limpieza de celda. Debe tenerse en cuenta que la Regla de Mandela Nro. 22 .2 expresa “Todo recluso tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando lo necesite”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1 - SEGURIDAD INTERNA

Se ha abordado la problemática por las autoridades y decidido no contar con un sector de seguridad en la Unidad mediante la Orden de Servicio Nro. 43-2018.

Si bien esto resuelve algunos de los problemas que existían en la Unidad, se debe observar que incidencia tiene este hecho en el conjunto del sistema y en los espacios de seguridad interna de la totalidad de la población privada de libertad y si la medida adoptada está en consonancia y armonía con el efectivo cumplimiento de los derechos humanos de dichas personas.

En este sentido debe cumplirse con el principio básico número 5 para el tratamiento de los reclusos en concordancia con la resolución Nro. 45/111 de fecha 14 de Diciembre de 1990 de la Asamblea General de las Naciones Unidas conforme a la cual, sin perjuicio de las limitaciones que son naturales a la situación de encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de los Pactos Internacionales sobre Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y sobre Derechos Económicos, Sociales y PIDESC y Culturales (de los cuales el Uruguay es parte).

En nuestro sistema carcelario las personas que solicitan seguridad interna dentro de una unidad tienen cercenados sus derechos por lo cual se vulnera el artículo 10.1 del PIDCP ya que los reclusos no son tratados con humanidad y con el debido respeto a su dignidad.

Muchos de los hechos que se relatan por los reclusos que viven esta situación pueden considerarse actos de tortura o malos tratos en contravención de la prohibición expresa contenida en el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 4.2 y 7 del PIDCP y al artículo 2 de la Convención contra la Tortura y de acuerdo a la definición de tortura y malos tratos establecida en este último instrumento internacional.



En particular se debe investigar y constatar cómo afecta esta decisión en el contacto de la persona privada de libertad con su familia y vínculos sociales de acuerdo a las Reglas de Mandela Nro. 58 b) y 59.

Atento a lo expresado, por el momento, no se realizan recomendaciones a la Unidad sobre la temática hasta tanto no se haya consolidado en el tiempo la implementación de la Orden de Servicio y se haya evaluado las diversas consecuencias que puedan existir.

2- SALUD

Se observan las siguientes características en el servicio de salud de la Unidad:

1. Existencia de historia clínica individualizada, sin discriminación ni diferenciación por la patología.
2. Existen en forma adecuada diferentes criterios de atención de los reclusos en base a las distintas situaciones clínicas (embarazadas, tuberculosis, serología positiva para VIH, patologías psiquiátricas).
3. Existe control ginecológico a cargo de especialista, un ginecólogo asiste una vez al año para realizar los controles y Papanicolaou como así también los controles de las reclusas embarazadas.
4. No hay un abordaje integral de la salud lo cual es indispensable tratándose de personas en contexto de encierro.
5. Aproximadamente una cuarta parte de la población carcelaria padece de problemas de salud mental que no son debidamente atendidos por falta de profesionales, horario de atención y coordinación entre los mismos.
6. Carencia de móviles para los traslados para la debida atención de las interconsultas médicas (incluidas las coordinaciones quirúrgicas).
7. No existe implementado un sistema para identificar a las personas que padeciendo de patologías crónicas no están cumpliendo con los controles. Falta de un seguimiento reglado en los pacientes portadores de patologías crónicas no transmisibles, coordinado por el equipo asistencial con verificación de su cumplimiento cuando los internos no se anotan para consulta.
8. Dificultades en la implementación de los tratamientos para portadores de VIH, no se garantiza el acceso a los tratamientos en tiempo y forma”.

En general, en materia de derecho a la salud, se deben tomar recaudos no sólo en cuanto que no debieran existir mayores diferencias con respecto al derecho a la



salud que gozan los habitantes del Uruguay que se encuentran en libertad de acuerdo a lo establecido en artículo 10.1 del PIDCP conforme a los Principios Básicos para el Tratamiento de Reclusos (Principio Nro. 1) sino también al cumplimiento del Derecho Social a la Salud establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de DDHH y artículo 12 del PIDESC y artículos 24 a 27 de las Reglas de Mandela , Principio 9 de los Principios Básicos y el Principio 24 del Conjunto de Principios.

RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SALUD:

1. Se provea de los recursos humanos profesionales (psiquiatras y psicólogos) a fin de dar la atención necesaria y debida a las personas que padecen problemas de salud mental, disponiéndose de frecuencia y horarios adecuados con una apropiada coordinación entre los profesionales intervinientes.
2. Se ajusten las coordinaciones médicas y quirúrgicas con la disponibilidad de móviles para los traslados brindando la oportunidad u opción al interno y a su familia para cambiar el día de visita.
3. Se implemente un sistema que mejore el seguimiento y control de personas con patologías crónicas no transmisibles.
4. Se garantice los tratamientos adecuados en tiempo y forma para los portadores de VIH.

3- ALIMENTACIÓN

Se observan las siguientes características en materia de alimentación en la Unidad:

1. Las características generales de la planta física como del servicio de alimentación son inadecuadas tanto en el estado de conservación como de mantenimiento y de higiene.
2. La variabilidad de alimentos que recibe la Unidad es escasa. No existe disponibilidad de frutas para ninguna situación y la variedad de hortalizas también es insuficiente.
3. En cuanto a la cantidad y calidad de alimentos, la ingesta real estimada es insuficiente para cubrir los requerimientos energéticos, de grasas, fibra, hierro y calcio tanto de los hombres como de las mujeres. La ingesta es suficiente en proteínas para hombres y mujeres. Los hidratos de carbono son suficientes para mujeres, pero insuficientes para los hombres. Se destaca especialmente el bajo aporte de fibra tanto para hombres como para mujeres, como el escaso aporte de hierro de la dieta de las mujeres que se encuentran todas en edad fértil.



4. La disponibilidad de agua corriente es inadecuada para el consumo de los internos.⁹
5. En cuanto a las indicaciones de dietas, en los registros del servicio de salud solo figuran los nombres de las personas que tienen indicado dieta, pero no consta la patología que justifica la dieta.

RECOMENDACIONES EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN

1. Se recomienda mejorar las condiciones edilicias y de higiene de todos los sectores tanto de recepción, almacenamiento, elaboración y distribución de las comidas.
2. Asimismo, se debería establecer controles de plaga de forma periódica, dejando los registros correspondientes a efectos de realizar un correcto control del mismo.
3. Se recomienda la capacitación en manipulación de alimentos de las personas privadas de libertad que se dedican a las tareas de la cocina, así como la adquisición de carné de salud.
4. Es urgente realizar el mantenimiento del desagüe de la Unidad de elaboración de alimentos.
5. Se recomienda se realicen las gestiones correspondientes a efectos de habilitar un espacio de cocina en el Sector Femenino.
6. Se recomienda se implemente un sistema de registro de las personas privadas de libertad que tienen indicación de dieta, especificando la patología que justifica la misma.

WILDER TAYLER
DIRECTOR
Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

⁹ Los puntos señalados del 1 al 3 no cumplen las reglas Nros 22.1 mientras la indicada en el punto 4 no cumple la regla Nro. 22.2. Conforme al artículo 12.1 del PIDESC se debe tener en cuenta que el efectivo ejercicio del derecho a la salud incluye al agua limpia potable y el suministro de alimentos sanos y una nutrición adecuada



Institución Nacional de Derechos
Humanos y Defensoría del Pueblo



Mecanismo Nacional de Prevención

Informe N°115 /MNP- SA/2019
Montevideo, 14 de octubre de 2019

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA UNIDAD N° 7
Cárcel de Canelones



Presentación

En el monitoreo realizado por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) a los lugares donde se ejecutan medidas privativas de libertad por la imputación de delitos a personas adultas, se fijó como prioridad el abordaje de unidades penitenciarias, que teniendo problemas en las condiciones de reclusión, carencias en la gestión y falta de información sobre eventuales vulneraciones de derechos, han permanecido generalmente invisibilizadas por encontrarse fuera del área metropolitana (Unidades Nros. 26 Tacuarembó, 21 Artigas, 19 Florida -antes Nro. 29- ,12 Rivera y 13 Maldonado).

A principios del año 2016, cuando se definió esta prioridad se realizó un número importante de visitas. Estas a su vez dieron lugar a los informes de situación y seguimiento correspondientes y a las recomendaciones respectivas¹. En estos informes, se describieron las constataciones y la información recabada en general en cada una de las áreas afectadas, y se procuró destacar aspectos que pudieran ser causa - directa o indirecta- de violencias interpersonales e institucionales.

En el año 2019 se definió un plan de acción para estudiar en profundidad aspectos que han presentado déficits en el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Se procuró abordar estos déficits con rigor científico a fin de tener un impacto positivo sobre los nudos críticos visualizados durante el segundo semestre del año 2018²

Se consideró que la administración penitenciaria, en la medida que pondere, seriamente, estos insumos podría beneficiarse de una mirada externa como herramienta que sume a los esfuerzos existentes para operar cambios positivos sobre las malas condiciones carcelarias que se observan en parte

¹ <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/publico/mecanismo-nacional-de-prevencion-de-la-tortura>

² V Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Uruguay 2018 pag.58 y 59



de las unidades penitenciarias. En esta línea, se elaboró un programa operativo de visitas sobre temas específicos a fin de hacer más eficaz la labor proactiva y colaborativa.

Primeramente se trabajó sobre el efectivo respeto del derecho a la salud debido a que la ausencia de prestaciones adecuadas -además de vulnerar el derecho de las personas privadas de libertad- generan un número considerable de conflictos, que serían evitables, si el servicio se cumpliera en forma. Se observó que, en muchas oportunidades, los reclamos legítimos de los internos generan fricciones con sus custodias quienes, a su vez, reaccionan sin poder dar una respuesta satisfactoria. Estos hechos provocan, a su vez, insultos de los internos e intervenciones policiales que conducen a diferentes tipos de violencias. Por otro lado la ausencia y/o insuficiencia de una prestación médica requerida puede dar lugar a consecuencias físicas o a estados psicológicos, que podrían, en algunos casos generar sufrimientos configurativos de tortura o, al menos, de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes. Estrechamente vinculado con la prestación de los servicios sanitarios se encuentra la alimentación proporcionada por los respectivos establecimientos por lo cual se incluyó este aspecto dentro del tema de salud.

Debe señalarse como un elemento de suma importancia que aquellos internos que no reciben visitas de sus familiares o allegados dependen exclusivamente de los alimentos brindados por la unidad. En consecuencia, se observó con detenimiento como se realiza la elaboración y distribución de los mismos. Se consideró que el minucioso análisis de la cantidad y calidad de los alimentos, como también las dietas para internos con algunas patologías crónicas y/o específicas debieran estar presente en las consideraciones y recomendaciones en materia de salud.

Para la realización de estas visitas se estableció un equipo interdisciplinario compuesto por una médica, una licenciada en nutrición y dos abogados. Asimismo, se seleccionaron unidades penitenciarias ubicadas fuera del Departamento de Montevideo que además de la cantidad de población



carcelaria y/o los problemas detectados, tuvieran servicios médicos brindados por ASSE en algunas de ellas, y por la Sub Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial dependiente del Ministerio del Interior (Ex sanidad Policial) en otros.

De esta manera se elaboró el presente informe sobre la Unidad 7 para brindar una aproximación sobre la prestación del servicio de salud y alimentación conforme a las características y peculiaridades de esta unidad.

El informe específico de la unidad concluye en una serie de recomendaciones que pueden paliar algunos de los aspectos negativos constatados. Cabe señalar que muchas de las constataciones y hallazgos obtenidos en las sucesivas visitas a esta unidad serán incorporadas como producto final en un informe temático que contendrá las valoraciones resultantes del conjunto de visitas de todas las unidades seleccionadas.

El seguimiento de estos dos aspectos prioritarios (salud y alimentación) en la Unidad Nro. 7 se llevó a cabo en tres visitas realizadas los días 16 de Mayo, 17 de Junio y 15 de Agosto de 2019. Asimismo, se fueron incorporando nuevos aspectos de estudio y análisis en estas áreas conforme a los hallazgos efectuados en las sucesivas visitas a la unidad.

Salud

Aspectos generales

Las condiciones de reclusión constatadas en las visitas realizadas los días 16 de mayo y 17 de junio de 2019, no mostraron cambios positivos en relación a las observaciones y recomendaciones realizadas en el informe N° 109 en

³ **Conformación de los equipos de visitas: 16 de mayo, 17 de junio y 15 de agosto de 2019: Universidad de la República:** Nutricionista Elisa Bandeira (Magister Seguridad Alimentaria y Nutricional. Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. **Equipo del MNP:** Dra. en medicina Ma. Victoria Iglesias, y Dres. Daniel Díaz y Álvaro Colistro (Abogados).



enero del 2019⁴; particularmente frente al hacinamiento presente en el módulo 2 debido a una inadecuada distribución de las plazas existentes.

Atención sanitaria

En la Unidad Nro. 7 el servicio de salud, se encuentra a cargo de la Sub Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial dependiente del Ministerio del Interior.

En las visitas se mantuvieron entrevistas con el personal de salud, personas privadas de libertad, funcionarios policiales y autoridades de la unidad. Asimismo se realizó un recorrido por las instalaciones, análisis de información documental y registro fotográfico. El foco de las visitas fue valorar la atención sanitaria de las personas privadas de libertad, fundamentalmente en lo relacionado al funcionamiento general del equipo sanitario y al cumplimiento de la prestación del servicio de salud del policlínico; evaluación del acceso a la policlínica por parte de los pacientes y la valoración del cumplimiento de las normas establecidas referente al derecho de los pacientes.

El edificio destinado para policlínico, cuenta con suficiente espacio para cumplir la función con el mobiliario, instrumental y materiales apropiados; pero la edificación se encuentra en condiciones inadecuadas, habiéndose observado sectores poco iluminados, mala ventilación y amplias áreas de humedad por lo que algunos espacios no podían ser utilizados. Se informó que próximamente se iniciaría la construcción de un nuevo centro policlínico, donde se tendrían en cuenta estas carencias y contaría con un consultorio para especialista, uno para medicina general y uno para odontología, área de reanimación y procedimientos de baja complejidad; economato y registros médicos. También tendría un espacio destinado a sala de espera y un espacio para el equipo de guardia; el cuál al momento de las visitas, se

⁴ Oficio N° 523/MNO-SA/2019



encontraba en un contenedor acondicionado, sin seguridad interna, ubicado en el patio. En la última visita realizada se observó que se había iniciado la construcción del mismo; con una demora estimada de 6 meses según se informó.

Los médicos generales cumplen guardias de 24 horas, junto con dos auxiliares de enfermería; quienes se encargan de las consultas de urgencia y emergencia. Cuentan con los recursos para lograr estabilizar un paciente grave, mientras se esperaba el traslado (Foto N° 1) y para realizar procedimientos de baja complejidad. Los traslados de urgencia y emergencia son realizados por una unidad de emergencia móvil privada. Se plantearon algunas disconformidades con el servicio, en particular en relación a eventuales demoras de respuesta de la unidad móvil, por lo que se solicitó que se evaluara si el cumplimiento del servicio era adecuado a las necesidades de la unidad⁵. La respuesta obtenida fue que solo habían existido dos episodios de demora sustancial para los cuales se solicitaron explicaciones en su momento, que fueron recibidas y aceptadas; sin nuevos inconvenientes.



⁵El 22 de mayo de 2019 se envió el oficio N° 542/MNP – SA 2019 con la siguiente recomendación: “se evalúe el grado de cumplimiento de la emergencia móvil “Uruguay Emergencia” a efectos de determinar si la prestación de servicios es adecuada a las necesidades de la Unidad Penitenciaria. Adoptando, en caso contrario, las medidas correspondientes a efectos de exigir el cumplimiento del mismo”.

Foto 1 – Unidad destinada a la atención de urgencia y emergencia estabilización de pacientes y otros procedimientos

Además de la guardia, se realiza una policlínica de medicina general dos veces por semana para el módulo N° 2, donde los pacientes se anotan previamente para asistir. También se agregaron en los meses previos a las visitas, policlínicas de captación y control para el módulo N° 1 y barracas (dos veces por semana) y de captación para el módulo N° 2 una vez por semana, durante 6 – 8 horas, según comunicaron. La función de esta modalidad de atención es lograr la primera consulta de todos los pacientes de la unidad, para iniciar los controles periódicos que correspondan y conocer los antecedentes patológicos personales.

Esta modalidad fue pensada a efectos de dar solución a una práctica de ingreso, según la cual cuando la persona ingresaba a la unidad por primera vez, la guardia médica solo realizaba una constatación de lesiones y luego era el propio interno quien debía anotarse para la apertura de la historia clínica. Si así no lo hacía no se efectuaba la historia clínica de ingreso ni solicitud de paraclínica de valoración inicial; así como tampoco tendría historia clínica hasta que accediera a consulta por algún motivo.

Semanalmente existe una policlínica para control de enfermedades crónicas. El profesional encargado lleva un registro personal de sus pacientes, de las consultas pasadas y de las próximas. También es quien realiza las indicaciones de los regímenes dietéticos.

La concurrencia a las policlínicas correspondientes, depende del número de funcionarios policiales disponibles. En relación a este punto, se constató una falta de comunicación entre el sector sanitario y el sector de seguridad. Esto provoca que no coincidan los horarios de la policlínica con la disponibilidad de



personal policial, por lo tanto, en muchas oportunidades, los internos eran llevados al servicio médico luego de finalizado el horario de atención de policlínica. En estos casos, la consulta se perdía y se agendaba para el próximo día de consulta.

Además de los profesionales ya mencionados, la unidad penitenciaria cuenta con una licenciada en registros médicos; que se encarga de la organización de las historias clínicas, de los pedidos de interconsulta y de las coordinaciones para con el hospital. Un auxiliar de enfermería se encarga de la farmacia y de la preparación de los psicofármacos para que sea entregada en turnos cada 12 horas.

En relación al psiquiatra la información obtenida fue contradictoria. En este sentido, las autoridades habían informado en respuesta al oficio N° 523/MNP – SA 2019 que el especialista en psiquiatría contratado concurría a la unidad dos veces a la semana. Este dato no se correspondió con los obtenidos en las visitas durante las entrevistas con los distintos actores del equipo de salud. La información recabada en estas instancias refería a que el psiquiatra concurre una vez cada 15 días, durante 3-4 horas, pero este día está sujeto a su disponibilidad, lo cual arregla previamente con el coordinador del servicio médico. Lo mismo sucede con el horario en el que concurre; todo lo cual no satisface las demandas de pacientes con necesidades de valoración por este especialista. Posterior a la primera visita, el día 22 de mayo se envió un oficio⁶ recomendando se implementaran las medidas necesarias para mejorar la asistencia y disminuir el tiempo de demora en la atención psiquiátrica de los pacientes. La respuesta obtenida fue que desde mayo se estaba gestionando en coordinación con el Hospital Vilardebó la atención de los pacientes tanto con patología aguda como aquellos que tenían orden judicial para valoración por psiquiatra. Igual respuesta se nos brindó en la segunda visita, frente al cuestionamiento de qué medidas se habían tomado para disminuir la lista de

⁶ Oficio N° 542/MNP – SA 2019



espera. De todos modos resultó claro que las medidas adoptadas no resultaron eficaces ya que se constató una lista de espera para valoración por psiquiatría de al menos 100 personas.

Otros profesionales involucrados en la atención de las personas privadas de libertad de la unidad, son: licenciado en psicología, para la valoración de situaciones de pacientes con consumo problemático de drogas y para la preparación del egreso. Un especialista en neumología, correspondiente a la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP), que concurriría mensualmente cuando hay pacientes en tratamiento por tuberculosis que ya no están en etapa de contagio.

Se pudo visualizar que muchas instancias, relacionadas con el manejo de las muestras biológicas y determinada medicación⁷, dependen de la voluntad de los integrantes del equipo sanitario para que lleguen a destino en tiempo y forma.

Consultas durante la guardia y registro médico

Las personas privadas de libertad pueden concurrir a consultar a la guardia cuando lo solicitan al funcionario policial encargado de abrir las celdas y los diferentes módulos. Esta situación en la práctica se ve limitada por el escaso personal policial; por lo tanto se plantean situaciones en que es el propio funcionario policial quien valora si la situación clínica amerita la consulta médica o no. En los casos en que se lleva al interno a la consulta, se le entrega al policía una constatación de haberlo llevado, sin indicar el diagnóstico ni otros datos referidos a la asistencia médica.

⁷No hay una disposición que determine quién debe ocuparse de llevar los fármacos para el tratamiento antirretroviral desde Sanidad Policial en Montevideo hasta la Unidad N°7 de Canelones, quedando a la buena voluntad del funcionario de dicha unidad.



Durante la guardia médica solo se atienden casos de urgencia y emergencia; excepto durante los fines de semana, cuando se valoran otras situaciones, como por ejemplo procesos infecciosos, ya que no hay servicio de policlínica. También se realizan las constataciones médicas al ingreso y en cada traslado interno a los distintos módulos.

De las entrevistas que tuvieron lugar durante las visitas, surgió que no todo el personal médico ni de enfermería realizaba el registro en la historia clínica de los pacientes, cuando estos concurrían a consulta a la guardia médica. Para esto aducen que muchas de esas consultas "puntuales" sin indicaciones a continuar. Solo se registraban aquellos casos en que se requiriera realizar un tratamiento, por ejemplo con antibióticos.

En las visitas realizadas durante el 2019 se observó que se había realizado una clasificación y organización de las historias clínicas en forma adecuada; luego de la recomendación del MNP. Al momento de las visitas tenían un fichero donde estaban ordenadas por número de cedula de identidad para las activas y en otro sector estaban las historias clínicas "pasivas"; correspondientes a pacientes que ya no están en la Unidad (Foto N° 2).



Foto N° 2: Organización de las historias clínicas pasivas y activas respectivamente.

Alimentación.

En las visitas realizadas con fecha 16 de Mayo, 17 de Junio y 15 de Agosto por un equipo del MNP, se procedió a recorrer las instalaciones de la cocina, despensa y cámaras de la Unidad; así como a realizar un relevamiento de los víveres asignados. El equipo participó en la distribución de la comida a efectos de monitorear cómo se instrumenta el reparto de alimentos, la cantidad distribuida y el valor nutricional de la misma. El objetivo de las visitas consistió en realizar un análisis de la alimentación de las personas privadas de libertad en la Unidad N° 7 a efectos de determinar las condiciones de inocuidad alimentaria y el aporte nutricional.

Características de la planta física y el servicio de alimentación.

En el marco de las visitas periódicas no anunciadas realizadas por un equipo del MNP se pudo constatar que las características generales de la planta física como del servicio de alimentación son inadecuadas tanto en el estado de conservación como de mantenimiento y de higiene, lo cual facilita la contaminación de los alimentos en el proceso de elaboración y de distribución.

En relación a la cantidad de reclusos que participan en el proceso de elaboración de alimentos se pudo constatar, que al 17 de junio de 2019, tan solo cuatro reclusos estaban asignados para la elaboración de alimentos de 993 personas privadas de libertad. Esta cantidad de reclusos es claramente insuficiente generando una sobrecarga de trabajo que repercute tanto en la preparación de alimentos como en la limpieza del sector.

Este aspecto fue señalado en cada una de las visitas a la Dirección de la



Unidad, quien manifestó que el sector de elaboración de alimentos se encuentra fuera del perímetro y que previo a designar a un recluso se debe obtener la autorización judicial, la cual muchas veces tiene una demora considerable.

La Unidad de Elaboración cuenta con techos de isopaneles pintados al igual que las paredes de color negro, revestidas con cerámica blanca en un estado regular de conservación e higiene. El piso es de cerámica blanco y se encuentra en mal estado de conservación e higiene (Foto N° 3).



Foto 3 – Unidad de elaboración de alimentos, detalle del estado de los pisos.

Las mesadas son todas de acero inoxidable, pero se encuentran con un mal estado de higiene. Presenta dos piletas de acero inoxidable con canilla sin agua caliente. Para el secado de manos no se encuentran ni toallas de papel ni secador eléctrico de manos. Las ventanas son de aluminio sin tejido malla de protección para impedir el ingreso de plagas.

Los recipientes para residuos se encuentran en condiciones de higiene inadecuadas, sin tapa y sin bolsa. La cocina cuenta con 6 hornallas con gas por cañería, de las cuales durante la primera y la segunda visita se encontraban en mal funcionamiento 4 grandes y 1 chica, por lo cual los

fogones se encuentran en mal funcionamiento. En la tercera visita las hornallas se encontraban en buen funcionamiento (Foto N° 4). La cocina cuenta con una campana.



Foto 4 – Unidad de elaboración de alimentos, detalle de cocina y campana.

Control de plagas

De acuerdo al registro proporcionado por la Unidad N°7 Canelones el último control de plagas fue realizado con fecha 15 de mayo de 2019. El mismo consistió fundamentalmente en control de ratas y ratones.

El servicio de alimentación

El Servicio de alimentación de la Unidad N°7⁸, ofrece alimentación a internos, personal policial, Jefatura de Policía⁹ y Grupo – GEO (25 funcionarios aproximadamente). Este extremo es de relevancia ya que la asignación de alimentos desde Economato Central¹⁰ se realiza tomando en consideración el

⁸ El establecimiento cuenta con dos unidades de elaboración de alimentos separadas, una para reclusos y otra para los funcionarios policiales.

⁹ De acuerdo a los registros proporcionados por la Unidad Nro. 7 se procede al envío de víveres a Jefatura los días viernes.

¹⁰ El Economato Central se encuentra ubicado en la Unidad Nro. 4 y es el lugar desde donde se procede a la distribución de alimentos de todo el sistema penitenciario.



número total de reclusos en las diferentes Unidades Penitenciarias. También se pudo constatar que en otras Unidades Penitenciarias¹¹ no está autorizado utilizar los alimentos destinados a los reclusos a efectos de la elaboración de la comida de los funcionarios, situación que evidencia falta de criterios a nivel general y repercute en una inequidad en el reparto de alimentos.

Carné de salud

De los internos que trabajaban en las visitas realizadas con fecha 16 de mayo y 17 de junio se constató que ninguno poseía carné de salud. Sin perjuicio de ello, en la visita realizada con fecha 15 de agosto, se pudo constatar que todos habían adquirido en junio de 2019 el carné de manipulación de alimentos.

Servicio de comidas

Las comidas que se brindan son almuerzo, merienda y cena. En cada comida se reparten dos galletas que se elaboran en la Unidad Nro. 4 (Ex Comcar) ya que actualmente no está funcionando la panadería de la Unidad.

El almuerzo se ofrece entre las 11.30 y las 12.30; y la cena a las 16 horas aproximadamente.

Tiempos de comida	Alimentos o preparaciones más frecuentes	Cantidades
Almuerzo y cena	Rancho de arroz, polenta o fideos con carne y vegetales (zapallo, zanahoria, cebolla, papa y boniato).	Variable, no está establecida la unidad de medida para la porción.
Merienda	Leche fluida en bolsa Galletas tipo "campana"	500 mililitros 2 galletas pequeñas o pan tipo porteño

La variabilidad de alimentos (carnes, cereales y verduras) que recibe la Unidad N° 7 Canelones, es escasa. No existe disponibilidad de frutas para

¹¹ Comunicado de fecha 06 de junio de 2019 de la Unidad Penitenciaria de Rivera que dispone "Todo personal que desee almorzar en la Unidad a partir del 10/06/2019 deberá colaborar con la cocina de personal ya que se hará únicamente el almuerzo para los funcionarios que quieran abonar, debido a que los viveres que ingresan a esta Unidad son para uso exclusivo de las PPL....."

ninguna situación y la variedad de hortalizas también es insuficiente reduciéndose a zapallo, zanahoria y cebolla, además de los tubérculos papa y boniato.

Distribución de alimentos y disponibilidad de agua potable

En la recorrida realizada al Módulo 2, con fecha 16 de mayo de 2019 por parte de un equipo del MNP, se pudo constatar que el abastecimiento de agua potable es a través de OSE, pero durante 3 meses presentó problemas de presión para su distribución, con mayor afectación en el módulo 2. Como medida paliativa se definió distribuir el agua potable en tarrinas plásticas (Foto N° 5).



Foto 5 – Distribución de agua potable en el Módulo 2.

En este sentido, es pertinente señalar, que la forma de distribuir el agua potable presenta serios problemas de higiene y no garantiza el acceso equitativo a todos los reclusos, incumpliendo lo dispuesto en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela)¹²

Distribución de alimentos en el Módulo 1.

¹² Regla Mandela 22.2 “Todo recluso tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite”



En recorrida realizada con fecha 16 de mayo y 17 de junio de 2019 por parte de un equipo del MNP, se pudo constatar que los internos encargados de preparar los alimentos trasladan los mismos en ollas sobre un carro con ruedas hasta la entrada de la Unidad N°7 (Foto N° 6). Allí son “los rancheros” que transportan “el rancho¹³” hasta los módulos designados.



Foto 6 – Carro con ruedas para distribución de alimentos en los diferentes módulos.

En dos de las visitas realizadas por un Equipo del MNP (16 de mayo y 17 de junio de 2019) se constataron problemas en la distribución de los alimentos en el Módulo 1, dado que el rancho luego de ingresar al módulo no es acompañado por ningún funcionario de la Unidad (Foto N° 7).

¹³El “rancho”, comida caliente preparada en ollas es la comida que se les brinda a los internos en el almuerzo y la cena todos los días del año.



Foto 7 - Ingreso al módulo 1 por parte de los reclusos (rancheros).

La forma de distribuir los alimentos se realiza sin la apertura de rejas (Foto N° 8). En este sentido, son los propios reclusos que se encargan de servirse la comida, generando en muchos casos, una distribución desigual de alimentos, habiéndose manifestado que muchas veces la comida no es suficiente para la alimentación de todos los reclusos del Módulo.



Foto 8 - Distribución de la alimentación en el módulo 1.

De la información recabada en las visitas se puede afirmar que la forma de distribución de alimentos en el módulo 1 no garantiza la equitativa distribución de los mismos y fomenta un reparto injusto en donde es de esperar que no todos los reclusos consuman la misma cantidad y calidad de alimentos.



Asimismo, en la recorrida realizada con fecha 17 de junio de 2019 el equipo del MNP pudo apreciar que varias de las ollas retiradas, luego del reparto de alimentos, contenían casi exclusivamente caldo, pese a que quedaban algunos reclusos sin recibir el alimento.

Esta práctica de distribución de alimentos, caracterizada por una falta de supervisión de los funcionarios del establecimiento, agrava aún más la crítica situación en relación a la cantidad y calidad de alimentos brindados por la Unidad Nro. 7 y contraviene de manera flagrante lo establecido en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela)¹⁴

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

SALUD

"REGLA 24

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.
2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, Reglas Nelson Mandela 36 incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia"

La falta de agua y de productos de higiene provocan carencias sanitarias, lo cual se considera un factor de riesgo de las enfermedades infecto contagiosas, favorecido también por el hacinamiento y la situación de

¹⁴ Regla Mandela 22.1 "Todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas".



encierro. También, estos aspectos deben ser analizados y solucionados pensando en un futuro próximo, cuando inicien las estaciones de primavera y verano. La falta de agua potable en la celda en días con una elevada temperatura sumado a sus características, mínima ventilación y gran hacinamiento, pueden llegar a ser factores favorecedores de conflictos y situaciones de violencia interpersonal entre los internos.

Desde la INDDHH- MNP se alienta la creación y puesta en marcha, como se constató en la última visita, de la construcción del nuevo policlínico que satisfaga las necesidades de la unidad y que permita brindar una asistencia médica integral adecuada, constituyendo un espacio de trabajo digno para funcionarios y usuarios.

La nueva implementación de consultas de medicina general, para lograr la captación de todos los pacientes de la Unidad N°7, es un proyecto al que debe darse continuidad dentro del centro. La captación de pacientes para valoración de enfermedades crónicas, su control y tratamiento; de patologías agudas o de personas sin antecedentes personales patológicos, es valiosa para mantener una atención médica basada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades o de sus complicaciones. También es una forma de evaluar la epidemiología de las enfermedades en las personas privadas de libertad; lo cual es fundamental para conocer la población de la unidad y poder elaborar protocolos de trabajo específicos para la atención en esta Unidad, considerando las patologías más prevalentes. De todas formas, es necesario implementar paralelamente otras estrategias de captación al ingreso a la unidad, para que la valoración en primera instancia pueda llevarse a cabo desde un inicio.

El escaso personal policial es un factor que está presente en la amplia mayoría de las unidades penitenciarias; lo cual en algunos casos se transforma en una barrera para el acceso a los servicios de salud; tanto



internos (en la unidad) como externos. Esta dificultad debe tenerse presente al momento de realizar las coordinaciones de traslados, y también al establecer los horarios de los servicios de policlínico en la propia unidad. Frente a la escasez de personal para realizar los traslados hasta el policlínico, la solución no puede ser que el funcionario de policía realice la valoración clínica del paciente y decida si corresponde llevarlo a consulta o no.

No quedan dudas que a las personas privadas de libertad, al utilizar los servicios de salud, le corresponden los derechos y obligaciones establecidos en la Ley N° 18335¹⁵ y su decreto reglamentario. A su vez la historia clínica, constituye un documento médico legal confidencial y único para cada paciente. Este, refleja la prestación asistencial, la relación médico paciente, y es un elemento indispensable para la asistencia médica, cumplimiento de la Lex Artis y un aspecto crítico de la responsabilidad¹⁶. Está establecido tanto en el Código de Ética Médica como en la Ley N° 18335 y su decreto reglamentario que todo paciente tiene derecho a que se lleve una historia clínica donde figure su estado de salud desde su nacimiento hasta su muerte; y que el médico tiene el deber y el derecho de registrar todo acto médico que realice. No solo documentará el acto médico en sí mismo, sino también el cumplimiento de los deberes del médico como informar, prestar asistencia y solicitar consentimiento.

RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SALUD:

- 1) Se realicen las gestiones pertinentes para garantizar una distribución equitativa de las plazas correspondientes al módulo N° 2.
- 2) Se analicen posibles estrategias de captación oportuna de las personas privadas de libertad desde el ingreso de la persona a la

¹⁵Ley N° 18335 “Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud” publicada el 26/08/2008 y el decreto 274/010 reglamentario de la ley del 08/09/2010.

¹⁶Los aspectos críticos de la responsabilidad son un “conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, estrechamente vinculadas entre sí, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, independientemente de resultar o no justificados” (Rodríguez, H. 2001 “Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención”).

unidad que complemente la nueva implementación de consultas de medicina general en cada módulo.

- 3) Se establezca una comunicación fluida entre el personal policial y el equipo sanitario con el fin de mejorar el acceso al servicio de salud dentro de la unidad y evite que el personal policial sea el encargado de valorar si un planteo clínico amerita o no la atención en el policlínico.
- 4) Se cumpla la legislación nacional referente al derecho y la obligación de registrar todo acto médico en la historia clínica del paciente.

ALIMENTACIÓN

“REGLA 22

1. Todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos 35 bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas.

2. Todo recluso tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite”.

La forma de distribuir el agua potable presenta serios problemas de higiene y no garantiza el acceso equitativo a todos los reclusos, incumpliendo lo dispuesto en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela). Asimismo y como ya fuera señalado, la falta de agua y de productos de higiene provocan carencias sanitarias, lo cual se considera un factor de riesgo de las enfermedades infecto contagiosas.

Otro aspecto preocupante refiere a la disparidad de criterios entre la información proporcionada por el Economato Central y la efectiva distribución de alimentos en las diferentes Unidades Penitenciarias. En este sentido, es relevante señalar que de los víveres destinados a la Unidad Nro. 7 se



alimentan las personas privadas de libertad, los funcionarios policiales, la Jefatura de Policía y Grupo – GEO (25 funcionarios aproximadamente), situación que difiere de otras Unidades Penitenciarias.

Por último, preocupa a la INDDHH- MNP la falta de controles a la hora de distribuir alimentos en el módulo 1 de la Unidad Penitenciaria Nro. 7. La forma de distribución, sin control de los funcionarios policiales y delegada por completo en las personas privadas de libertad, genera situaciones que vulneran el derecho a la alimentación y repercute en un reparto desigual, de una alimentación de por sí deficiente, que agrava aún más la vulneración de derechos de las personas privadas de libertad.

RECOMENDACIONES EN MATERIA DE ALIMENTACIÓN:

- 1) Se realicen las gestiones correspondientes a efectos de asegurar el acceso al agua potable de las personas privadas de libertad en la Unidad Penitenciaria Nro. 7, fundamentalmente en el Módulo 2.
- 2) Se instrumente algún mecanismo de distribución de alimentos en el Módulo 1 de la Unidad Penitenciaria Nro. 7 a efectos de asegurar la distribución equitativa de alimentos a todas las personas privadas de libertad.
- 3) Se adopten medidas a efectos de proceder a una distribución de alimentos, desde el Economato Central, que contemple efectivamente el número de personas que se alimentan en las diferentes Unidades Penitenciarias; así como definir criterios generales en donde se establezcan pautas claras a efectos de determinar el destino de los alimentos asignados a cada unidad.

Institución Nacional de Derechos
Humanos y Defensoría del Pueblo



Mecanismo Nacional de Prevención

Informe N°117 /MNP- SA/2020

Montevideo, 27 de enero de 2020

Unidad Nro. 12 Rivera (sector femenino)



“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, ART. 25.1

Presentación

En el marco de los objetivos planteados para el año 2019 el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) definió como prioritario el abordaje de unidades penitenciarias, que teniendo problemas en las condiciones de reclusión, carencias en la gestión y falta de información sobre eventuales vulneraciones de derechos, han permanecido generalmente invisibilizadas por encontrarse fuera del área metropolitana. En este contexto, el MNP se ha enfocado en el tema salud y alimentación en las Unidades Penitenciarias Nro. 7 Canelones, Nro. 13 Maldonado (sector masculino y femenino) y Nro. 12 Rivera (sector masculino y femenino), encontrando diversas problemáticas, así como temas generales en materia de salud y alimentación que dan cuenta de dificultades que involucran a todo el sistema penitenciario.

La visita a establecimientos penitenciarios, que alojan a mujeres privadas de libertad, presenta una especificidad que merece un análisis profundo y desde una perspectiva de género, que aborde las condiciones de reclusión tomando como parámetro de análisis las disposiciones de las Reglas de Bangkok¹. Asimismo, es fundamental para el MNP obtener información sobre los problemas más acuciantes de esta población, a efectos de sumar a los esfuerzos existentes para operar cambios positivos sobre las malas condiciones carcelarias que se observan en algunas unidades penitenciarias.

¹ Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes – Adoptada0s por la Asamblea General de la ONU el 21 de diciembre 2010, A/RES/65/229.



En esta línea y con el objetivo de realizar un primer acercamiento al sector femenino de la Unidad Nro. 12 Rivera el MNP realizó una visita no anunciada, con fecha 23 de agosto de 2019, a efectos de analizar las condiciones de reclusión, con foco en el tema alimentación. Para ello se conformó un equipo interdisciplinario compuesto por una médica, una licenciada en nutrición y dos abogados².

El presente informe tiene por finalidad realizar una primera aproximación a la situación del sector femenino de la Unidad Nro. 12 Rivera, específicamente en lo relacionado al derecho a la alimentación.

Aspectos generales

Al momento de realizar la visita el sector femenino de la Unidad Nro 12, contaba con un total de 36 mujeres privadas de libertad, dos de ellas alojadas en el sector de calabozos por haber participado en conflictos interpersonales, de acuerdo a lo informado por el Sub Oficial Daniel Blanco. También se constató la presencia de una mujer embarazada y una niña de dos años de edad que se encontraba con su madre. Esta situación preocupa al equipo del MNP dado que de acuerdo a la información proporcionada por las autoridades del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) dicho establecimiento tiene capacidad para 25 personas³. La superpoblación constatada, repercute de forma negativa en las condiciones de reclusión, así como en las posibilidades de generar actividades que redunden en mejorar las condiciones de vida de las mujeres privadas de libertad.

De la información obtenida por el equipo del MNP se constató que muchas de las mujeres privadas de libertad provienen de otros establecimientos penitenciarios, estos traslados, en algunos casos, obedecerían a temas vinculados con sanciones disciplinarias dispuestas en la unidad de origen. En

² Conformación del equipo de visitas: 23 de agosto de 2019 - Universidad de la República: Nutricionista Elisa Bandeira (Magister Seguridad Alimentaria y Nutricional. Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. Equipo del MNP: Dra. en medicina Ma. Victoria Iglesias, y Dres. Daniel Díaz y Álvaro Colistro (Abogados).

³ Datos proporcionados por las autoridades del INR correspondientes al año 2018.



este sentido, preocupa al equipo del MNP la utilización de estas medidas, que en caso de confirmarse, no solo tendrían consecuencias en el desarraigo de las personas privadas de libertad sino que repercuten en un aumento de la población penitenciaria en la Unidad Nro. 12 muy por encima de la capacidad locativa de la misma.

Otra situación preocupante refiere a las condiciones de permanencia en la unidad de la niña de dos años de edad. Al momento de realizar la visita la niña se encontraba alojada junto al resto de la población privada de libertad, no contando con un espacio acorde que garantice un entorno adecuado de crianza⁴.



Foto 1 – Celda de la unidad en donde permanece la niña de dos años de edad. En lo referido al acceso a los servicios de salud el equipo de monitoreo verificó la presencia de dos enfermeras, quienes concurren dos veces al día a efectos de entregar medicación y atender a la población privada de libertad. En materia de atención ginecológica se pudo constatar que la misma tiene lugar fuera del establecimiento, no observándose problemas de atención. Asimismo, acceden a odontólogo, aunque limitado a extracciones.

⁴ Reglas de Bangkok - Regla 51

1. Los niños que vivan con sus madres en la cárcel dispondrán de servicios permanentes de atención de salud, y su desarrollo será supervisado por especialistas, en colaboración con los servicios de salud de la comunidad.
2. En la medida de lo posible, el entorno previsto para la crianza de esos niños será el mismo que el de los niños que no viven en centros penitenciarios

Alimentación

Características de la planta física

El servicio de alimentación de la cárcel de mujeres presenta dos unidades: la de elaboración y la despensa de víveres secos. La unidad de elaboración es una habitación de aproximadamente 20 metros cuadrados, que en términos generales, mantiene un buen nivel de higiene. La cocina cuenta con cuatro hornallas con conexión de gas por garrafa de 13 kilos y un horno que se encuentra en funcionamiento.

La conexión de agua caliente no está realizada como parte de una obra sanitaria. Las aberturas se encuentran en un mal estado de conservación sin malla de protección. La cocina cuenta con una campana y un extractor que no se encuentra en funcionamiento y no tiene tapa. Estas aberturas podrían facilitar el ingreso de plagas.



Foto 2 – Unidad de elaboración del sector femenino.

En el sector de despensa se observó una higiene adecuada y orden de los víveres secos y de los productos de limpieza. Se identificó una balanza que



se encuentra en funcionamiento. También se constató el almacenamiento de vegetales en bolsas sin estantes de separación del piso.



Foto 3 – Despensa de víveres secos del sector femenino.

Personal dedicado a la preparación de la alimentación

Al momento de la visita la preparación de alimentos se encontraba a cargo de tres mujeres privadas de libertad, con una jornada laboral de ocho horas y un día de descanso semanal. Se constató que ninguna de las reclusas tenían asignado peculio, no detectando problemas en lo relativo a la redención de pena por trabajo. (Artículo 13 de la Ley 17.897)

La organización de las tareas de cocina está a cargo de una encargada (operadora), que suministra la materia prima para cocinar, administra el depósito, recibe la comida. La tres reclusas cuenta con carné de salud vigente, no obstante ninguna de ellas, tenía el carné de manipulación de alimentos.



Disponibilidad de alimentos y preparaciones frecuentes

De acuerdo a la información obtenida, por el equipo de monitoreo, los alimentos disponibles son:

- Leche en polvo
- Carne vacuna
- Cerdo
- Pollo
- Cereales (fideos, arroz y polenta)
- Vegetales (zanahoria, zapallo, cebolla)
- Tubérculos (papa y boñato)
- Pulpa de tomate
- Condimentos (sal, orégano y adobo)

Asimismo, se constató la existencia de una disponibilidad especial de alimentos para la mujer embarazada y la niña, consistente en: frutas (banana, naranja y manzana) y lácteos (yogur y leche), aunque al no existir registros no se pudo determinar su cantidad y frecuencia.

En base a la disponibilidad de alimentos de la unidad, las preparaciones que habitualmente se elaboran son: guiso de arroz, poroto con arroz, lenteja con arroz, polenta con tuco, fideos con tuco, torta dulce, tortas fritas, cerdo asado con puré o con papas. También se pudo constatar la preparación de comida de dieta para tres mujeres privadas de libertad 1 para hipertensión y 2 gástrica.



Foto 4 – Alimento distribuido el día de la visita de monitoreo.

Servicio de alimentación

La distribución de comidas se realiza a través de una ventana que comunica la unidad de elaboración con el comedor en el cual reciben su porción cada una de las reclusas. La unidad de elaboración tiene el aspecto de una cocina familiar y en ella se realiza la distribución de comidas y el lavado de todos los utensilios utilizados para las preparaciones.

Registro de alimentos:

Si bien la unidad de reclusión cuenta con un economato en una pequeña habitación al lado del salón comedor, no se pudo constatar documentación que acredite las entradas y salidas de alimentos, ni procedimientos operativos estandarizados, ni control de stock lo cual limita las posibilidades de ejercer un correcto contralor de los alimentos. El único registro existente consiste en un cuaderno donde se anotan las cantidades de alimentos que se utilizan para cada día en las preparaciones de almuerzo y cena.



Calidad de la alimentación

El día de la visita se encontraba recluidas 36 mujeres con el siguiente rango etario:

- 15 entre 18 y 29 años (1 Embarazada de 5 meses)
- 21 entre 30 y 60 años.
- Una niña de 2 años.

Requerimiento energético de acuerdo a los grupos de edad:

Edad (años)	Niña	Cantidad de reclusas	Requerimiento energético (kcal)
2 años	1		1032
18-29		15	1928
30 – 60		21	1876
>=60		0	1771
Total	1	36	1874

Requerimiento energético de 1 mujer embarazada

1 embarazada +285 kcal

Total: 2183 kcal

Alimentos del día jueves 22 de agosto (almuerzo y cena)

El cálculo del aporte nutricional del día se obtuvo del registro del cuaderno de cocina y se corroboró mediante entrevistas a las tres mujeres encargadas de la cocina.



Alimentos	Cantidad (g/ml)	HC (g)	Proteínas (g)	Lípidos (g)	Fibra (g)	Calcio (mg)	Hierro (g)
Aceite	14	0	0	14	0	0	0
Fideos	83	59	11,7	3,6	2,7	29	2,9
Arroz	56	44,7	3,9	0,3	0,7	15,7	0,5
Carne vacuna	69	0	13,1	5,6	0	2,7	2,4
Cebolla	62	5,7	0	0	1	14,3	0
Papa	43	6,7	0	0	0,7	4,3	0
Boniato	48	9,6	0	0	1	10,8	0
Pulpa de tomate	28	1,4	0,3	0	0,4	0	0
Zanahoria	87,5	8,4	0	0	2,4	0	0
Zapallo	53	3,4	0	0	0,3	11	0
Leche en polvo	50	19,8	13,1	13,2	0	500	0,02
Pan francés	100	55	8,7	1,6	0	0	0
Total		213,7	50,8	38,3	9,2	587,8	5,82
		x4	x4	x9			
Kilocalorías		855	203,2	345			
Total de Kcal		1403					

Requerimientos energéticos para las reclusas y la niña⁵:

Requerimiento energético para las reclusas y la niña
Energía 1874 Kilocalorías (kcal)
Carbohidratos. (55-65%)
Proteínas (10-15%)
Grasas (25-30%)
Fibra 25 gramos
Hierro 24 mg/día
Calcio 1000 mg/día

⁵ Requerimientos nutricionales elaborados por el MSP y la Escuela de Nutrición de la UdelaR.



Requerimientos nutricionales para la niña de dos años

Requerimientos nutricionales para la niña de 2 años	Ingesta real estimada	Porcentaje de adecuación
Energía 1032 Kiloenergías (kcal)	Energía 1403 Kiloenergías (kcal)	135 %
568 - 671 Kcal provenientes los carbohidratos.	855 Kcal provenientes los carbohidratos.	127 %
103 - 155 Kcal provenientes de las proteínas.	203 Kcal provenientes de las proteínas	131 %
258 - 310 Kcal provenientes de las grasas	345 Kcal provenientes de las grasas	111 %
Fibra 19 gramos	9,2 gramos de fibra	48 %
Hierro 7- 10 mg/día	5,8 Hierro mg/día	82 %
Calcio 700- 1000 mg/día	587,8 Calcio mg/día	84 %

Requerimientos nutricionales para las mujeres privadas de libertad

Requerimientos nutricionales de las mujeres	Ingesta real estimada	Porcentaje de adecuación
Energía 1874 Kiloenergías (kcal)	Energía 1403 Kiloenergías (kcal)	75%
1030- 1124 Kcal provenientes los carbohidratos.	855 Kcal provenientes los carbohidratos.	83 %
187 - 281 Kcal provenientes de las proteínas.	203 Kcal provenientes de las proteínas	108 %
468 - 562 Kcal provenientes de las grasas	345 Kcal provenientes de las grasas	73 %
Fibra 25 gramos	9,2 gramos de fibra	36,8 %
Hierro 18 mg/día	5,8 Hierro mg/día	32 %
Calcio 1000 mg/día	587,8 Calcio mg/día	58 %

De acuerdo a la información obtenida en el marco del monitoreo del sector femenino se pudo constatar que la alimentación del día 22 de agosto de 2019 es insuficiente para cubrir los requerimientos de energía, hidratos de carbono, grasas, fibra, hierro y calcio de las mujeres, incluida la mujer embarazada; pero suficiente en proteínas.



Se destaca el bajo aporte de fibra, de hierro y calcio; nutrientes fundamentales para el mantenimiento de un adecuado estado de salud de las mujeres reclusas.

Es importante resaltar, que si la niña consumiera diariamente una porción de la preparación general elaborada, su requerimiento energético de hidratos de carbono y grasas estaría excedido. Sin embargo, el requerimiento de fibra, hierro y calcio no se cubriría⁶.

Recomendaciones generales

Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok)

Regla 4

“En la medida de lo posible, las reclusas serán enviadas a centros de reclusión cercanos a su hogar o sus centros de rehabilitación social, teniendo presentes sus responsabilidades de cuidado de otras personas, así como sus preferencias y la disponibilidad de programas y servicios apropiados”

- 1- Se extremen las precauciones con el fin de limitar la utilización de traslados como medidas disciplinarias a efectos de garantizar la permanencia de las mujeres privadas de libertad en establecimientos cercanos a su lugar de origen.
- 2- Se adopten medidas a efectos de mitigar el crecimiento de la población penitenciaria en el sector femenino de la Unidad Nro. 12, sin

⁶ De acuerdo a la información obtenida por el equipo del MNP existe una disponibilidad especial de alimentos para la mujer embarazada y la niña (frutas, yogur y de leche), pero al no existir un registro, no se pudo definir su frecuencia y cantidad motivo por el cual estos alimentos no se incluyeron en el cálculo diario.



que ello implique el traslado de las mujeres privadas de libertad provenientes del Departamento y lugares cercanos.

Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok)

Regla 51

“1. Los niños que vivan con sus madres en la cárcel dispondrán de servicios permanentes de atención de salud, y su desarrollo será supervisado por especialistas, en colaboración con los servicios de salud de la comunidad. 2. En la medida de lo posible, el entorno previsto para la crianza de esos niños será el mismo que el de los niños que no viven en centros penitenciarios”

- 1- Se realicen las mejoras edilicias correspondientes a efectos de acondicionar el lugar destinado para la niña u otras niñas o niños que se alojen con su madre en la unidad en el futuro. .

Recomendaciones en materia de alimentación

Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok)

Regla 48

“1. Las reclusas embarazadas o lactantes recibirán asesoramiento sobre su salud y dieta en el marco de un programa que elaborará y supervisará un profesional de la salud. Se suministrará gratuitamente a las embarazadas, los bebés, los niños y las madres lactantes alimentación suficiente y puntual, en



un entorno sano en que exista la posibilidad de realizar ejercicios físicos habituales”.

- 1 – Se realicen las gestiones correspondientes a efectos de garantizar una alimentación que contemple los requerimientos nutricionales de la población femenina privada de libertad, elaborando preparaciones especiales, tanto para las mujeres embarazadas como para los niños y niñas que permanezcan en la unidad.
- 2- Fortalecer la documentación de alimentos estableciendo un registro de entradas y salidas, junto con el correspondiente control de stock.
- 3- Gestionar carné de manipuladores de alimentos para cada una de las reclusas que se dedican a elaborar las preparaciones alimentarias.
- 4- Se realicen las reparaciones de las aberturas del sector de cocina a efectos de evitar el ingreso de plagas.

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDHH), creada por Ley 18.446 del 24 de diciembre de 2008, es un órgano estatal autónomo cuyo cometido es la defensa, promoción y protección, en toda su extensión, de los derechos humanos reconocidos por la Constitución de la República y el derecho internacional.

La misma Ley 18.446 asignó a la INDDHH las funciones del Mecanismo Nacional de Prevención, al que se refiere el Protocolo Facultativo de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), tratado internacional del que la República es parte.

