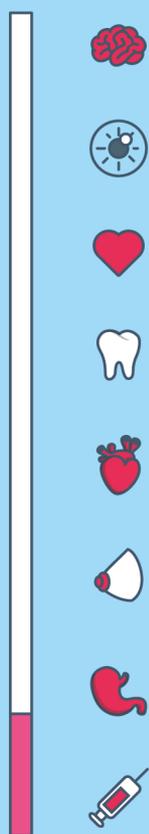


Diagnóstico del estado de situación de las mujeres y personas trans privadas de libertad en Uruguay de 2019 a marzo de 2020.





Diagnóstico del estado de situación de las mujeres y personas trans privadas de libertad en Uruguay de 2019 a marzo de 2020.

Elaborado por Marcos Baudean y supervisado por Nada crece a la sombra.
El trabajo en territorio fue realizado por el equipo de Nada crece a la sombra
y por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.
Fotografías: Jerónimo López y Tarumán Corrales.
Diseño: Flavio Velluti.



Contenido

Página

1	Introducción: panorama del sistema carcelario uruguayo	4
2	Metodología aplicada	5
	La implementación del diagnóstico	5
3	Características de la población	7
3.1	Edad y género	7
3.2	Visitas y vínculo con la familia	8
3.3	Educación y trabajo	9
3.4	Cobertura de salud	10
3.5	La reclusión: pena actual y antecedentes	11
4	Antecedentes para el diagnóstico de salud: alimentación, actividad física, uso de drogas	12
4.1	Nutrición	12
4.1.1	Verduras, lácteos, carnes	12
4.1.2	Sal agregada en las comidas	15
4.2	Sedentarismo y actividad física	15
4.3	Consumo de drogas	17
4.3.1	Tabaco	17
4.3.2	Alcohol	18
4.3.3	Marihuana y otras drogas	19
4.3.4	Consumo de drogas en la Unidad 5 Femenino (Montevideo)	20
5	Medición de la situación de salud	21
5.1	Enfermedades no transmisibles	21
5.1.1	Antecedentes de presión arterial, diabetes, colesterol, sobrepeso, y antecedentes familiares	21
5.1.2	Medición: diabetes, sobrepeso y obesidad, y presión arterial	23
5.1.3	Riesgo	25
5.2	Enfermedades transmisibles	26
5.2.1	Antecedentes en la semana previa a la medición: enfermedades respiratorias, infecciones en la piel, ardor al orinar	26
5.2.2	Antecedentes de infecciones de transmisión sexual	26
5.3	Otros aspectos de morbilidad	28
5.4	Aspectos sobre salud sexual y reproductiva	28
5.4.1	Papanicolau y mamografía	28
5.4.2	Relaciones sexuales en reclusión	29
5.5	Aspectos de salud mental	31
5.5.1	Expresiones de agresividad: lesiones	31
5.5.2	Ideación suicida e intento de autoeliminación	32
5.6	Salud bucal	33
5.6.1	Conductas, acceso a elementos para la higiene	33
5.6.2	Estado de la dentición y salud bucal	34
5.6.3	La atención odontológica	35
5.7	Acceso a la atención de salud	36
6	Población trans	37
7	Conclusiones	39
	Bibliografía	41

Introducción:

Panorama del sistema carcelario uruguayo

1

Entre 2019 y principios de 2020, Nada crece a la sombra logró algo inédito en la historia reciente de las cárceles en Uruguay: por primera vez una organización de la sociedad civil realizó un diagnóstico participativo de las mujeres y personas trans privadas de libertad. Fue un censo que permitió conocer el estado de situación de estas poblaciones en cárceles y contó con el apoyo del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) del Ministerio del Interior (MI) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

El estudio tuvo como **objetivo general**:

Analizar las condiciones en las que viven las mujeres y las personas trans privadas de libertad en Uruguay, el estado de salud de esta población, la situación de las cárceles que habitan y las prácticas del sistema de salud a través de un censo de esta población.

A nivel de **objetivos específicos** el estudio apuntó a:

- Registrar información acerca de las rutinas de las cárceles en las que habitan las mujeres y las personas trans.
- Registrar información sobre edad, identidad de género, nivel socioeducativo, inserción laboral previa, capacitación para el empleo de todas las mujeres y personas trans privadas de libertad.
- Indagar acerca de los antecedentes de salud de las mujeres y las personas trans privadas de libertad.
- Compilar información acerca del abordaje de salud en las cárceles, considerando el rol de la institución penitenciaria y del sistema de salud.
- Conocer las rutinas que llevan adelante los equipos de salud que están en el territorio, qué problemas enfrentan y cómo los resuelven.
- Valorar el cumplimiento de derechos de atención de salud de las mujeres y personas trans privadas de libertad.
- Cuantificar, a partir de la realización de encuestas individuales con características de censo, una serie de variables clave para valorar los antecedentes de salud de las mujeres y personas trans privadas de libertad:
 - enfermedades prevalentes en contextos de encierro y su tratamiento;
 - enfermedades contagiosas y no contagiosas;
 - vacunas;
 - problemas de salud mental (patologías psiquiátricas, uso problemático de drogas, ideación suicida, intentos de autoeliminación, hospitalizaciones psiquiátricas);
 - salud sexual y reproductiva (infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, embarazos, partos, interrupción voluntaria del embarazo, gestión menstrual);
 - higiene personal (disponibilidad de insumos);
 - antecedentes de enfermedades no transmisibles en la familia;
 - traumatismos y lesiones;
 - intervenciones quirúrgicas.
- Analizar hábitos alimenticios y nutrición.
- Analizar rutinas asociadas a la actividad física y el sedentarismo.
- Analizar aspectos vinculados al uso de sustancias y los riesgos del uso problemático (CIE 10).
- Compilar información sobre peso, talla, presión arterial, glicemia capilar y cintura abdominal.
- Desarrollar un diagnóstico integral de salud bucal.
- Analizar el cumplimiento del cribado según género y edad.
- Analizar el cumplimiento de los análisis ginecológicos determinados para las mujeres: papanicolau a las mujeres mayores de 21 años y mamografía a las que tienen más de 50 años.
- Indagar acerca de la situación de reclusión: penas y antecedentes.
- Apoyar en los emergentes de salud en las cárceles detectados oportunamente durante la intervención a través de la coordinación interinstitucional.

Metodología aplicada

2

La gestión del estudio y la intervención sobre la población privada de libertad estuvo a cargo de Nada crece a la sombra. El MI y ASSE contribuyeron con la organización y la logística para la implementación del estudio. El Sindicato Médico del Uruguay (SMU) también apoyó la realización de esta investigación a través de insumos. Además del equipo de Nada crece a la sombra, un grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República participó activamente en la intervención en territorio.

La apuesta del estudio fue realizar un censo en el que la población de mujeres y personas trans privadas de libertad sean analizadas a través de un conjunto de indicadores de salud, a la vez que de registrar su opinión y valoración del acceso a la salud en reclusión.

La metodología implicó que cada persona realizara un conjunto de test y mediciones físicas y luego respondiese un formulario. El formulario aplicado reproduce en parte el formulario que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aplicó a una muestra de personas privadas de libertad de todo el país en 2015 (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016). Esta decisión se tomó con el objetivo de tener alguna referencia comparativa sobre la evolución de la situación de salud de las mujeres. Las comparaciones que se realizan se hacen con cautela dado que hay diferencias metodológicas entre cada medición. El estudio de 2015 está basado en una muestra, mientras que el que fue realizado por Nada crece a la sombra es un censo.

También se usaron como referencias diferentes estudios de salud realizados sobre muestras de la población general. También manejamos con cautela las comparaciones realizadas, ya que no solo hay diferencias metodológicas de medición sino que además se trata de poblaciones diferentes. De todas maneras, se entendió necesario incluir estudios que permitieran tener una referencia sobre la presencia de problemas de salud o comportamientos en la población dentro y fuera de prisión (Ramírez, Keuroglan, & Suárez, 2019) (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015) (Lorenzo & Álvarez, 2018).

Al momento de la investigación, había 654 mujeres privadas de libertad que fueron objetivo del estudio. 591 aceptaron participar (90%). Por su parte, se relevó en el estudio a las 26 mujeres trans que estaban presas en todo el país en ese momento. En cuanto a los varones trans, se identificaron 6 en todo el país y su identidad de género surgió en el marco del estudio ya que no atraviesan procesos de identificación y grupalidad en las cárceles. La descripción de la muestra y su comparación con mediciones previas puede leerse en el capítulo 3.

El estudio tuvo una primera fase exploratoria en la que se realizaron entrevistas en profundidad a personal de salud de ASSE en Montevideo, que incluyó a personal de trato directo, equipos de salud mental y jerarquías institucionales. También se entrevistó al equipo de dirección y a funcionarios de la Unidad 5 Femenino. En la visita a las cárceles del interior se mantuvieron intercambios con operadoras y operadores penitenciarios y con policías para indagar sobre las condiciones de cada unidad. Esta información fue utilizada para diseñar la encuesta. Además, en el cuerpo del informe se utilizan fragmentos de las entrevistas para contextualizar algunas respuestas encontradas en el estudio.

La implementación del diagnóstico

Para el desembarco en cada cárcel, se realizó una coordinación previa tanto con el INR como con el prestador de salud de cada unidad. Con la dirección de cada cárcel se articulaba para garantizar la disponibilidad de espacios y el funcionamiento de la jornada. Con el prestador de salud se coordinó todo lo referente a disponibilidad de insumos (balanza, test de glicemia, etcétera), recursos humanos de apoyo (en particular personal de enfermería) y apertura del espacio de la policlínica de la cárcel. Las pruebas de VIH fueron aportadas por ASSE y trasladadas a cada cárcel desde Montevideo.

Se diseñó un plan que comprendió todas las cárceles del país donde hay mujeres y/o personas trans. Las cárceles de Montevideo tienen al Sistema de Atención a Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL) de ASSE como prestador de salud. Las cárceles del interior del país dependen de la Dirección Nacional de Sanidad Policial del MI.

En noviembre y diciembre de 2019 se llevó adelante el estudio en la Unidad 5 Femenino, cárcel de mujeres de Montevideo, que nucleaba en ese momento a aproximadamente 60% de las mujeres privadas de libertad en Uruguay, y en la Unidad 9 Madres con hijos, cárcel de mujeres con hijas e hijos a cargo. También se realizó el estudio a las mujeres trans reclusas en la Unidad 4 Santiago Vázquez (ex Comcar), cárcel para varones. En las cárceles del interior, las mujeres trans están reclusas en los sectores destinados para mujeres. Los varones trans están reclusos junto a las mujeres en todos los casos. En enero y febrero de 2020 se visitaron las 14 cárceles del interior del país en las que habitan mujeres y/o personas trans. Al llegar a cada unidad, se comprobaba la disponibilidad de espacios e insumos. A su vez, se hacía una puesta a punto y se coordinaba la jornada.

Se disponían dos zonas. En una zona se apostaba todo lo referido a las mediciones antropométricas y la salud bucal. En la otra, se realizaban las encuestas individuales.



A la llegada de cada mujer al espacio del diagnóstico, se procedía a la lectura del consentimiento informado. En acuerdo, era firmado por cada mujer y por algún integrante de Nada crece a la sombra como responsable. Todo el proceso contó con registro fotográfico. Cada mujer que accedía a que su imagen fuera registrada firmaba una cesión de derechos de imagen, documento provisto por el INR. Completada esta etapa, las mujeres procedían a la fase del diagnóstico.

La medición antropométrica estaba dividida en estaciones. Las mujeres iban pasando de a una por cada estación. Se comenzaba por la toma de presión arterial, que tenía que ser lo primero para que no hubiera una alteración en la medición producto de los estímulos situacionales externos. Luego, se procedía a realizar las mediciones de talla, peso y cintura abdominal. A continuación, se realizaban los testeos de VIH y glicemia. Una vez culminada esta etapa, se llevaba a cabo el diagnóstico de salud bucal.

Para finalizar, se pasaba a la etapa de encuesta individual, que llevaba entre veinte y treinta minutos. El registro de la encuesta se ingresaba en el momento en un formulario online.

Las medidas antropométricas fueron tomadas por estudiantes de la Facultad de Medicina y por integrantes del equipo de Nada crece a la sombra con capacitación específica. En dicho equipo había personas con formación en medicina y en nutrición. Los testeos de VIH y glicemia fueron realizados por personal de enfermería de los prestadores de salud. En cuanto al diagnóstico de salud bucal, en Montevideo fue realizado por odontólogos de ASSE. En el resto del país, en algunos departamentos se contó con odontólogos de Sanidad Policial. En aquellos en los que no se contaba con este recurso, el diagnóstico de salud bucal fue llevado adelante por una odontóloga aportada por Nada crece a la sombra. Las encuestas fueron realizadas por los estudiantes de la Facultad de Medicina y el equipo de Nada crece a la sombra.

Características de la población

3

En el capítulo inicial de la sección de resultados se presentan datos que permiten describir las características demográficas, de reclusión y de acceso a la salud de la población censada.

3.1. Edad y género

Las estadísticas relativas a la edad se presentan comparadas con el Primer Censo Nacional de Reclusos 2010, elaborado por Ana Vigna. Como se puede observar en la tabla que sigue, los valores de edad de la población de mujeres se mantienen prácticamente iguales a los observados en 2010.

Tabla 3.1.1. Medidas descriptivas de la edad.

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Primer cuartil	Mediana	Tercer cuartil	N
Nada crece a la sombra 2019 - 2020	33,1	10,0	18,0	77,0	25,0	31,0	39,0	591
Primer Censo Nacional de Reclusos 2010 (Vigna, 2012)	33,0	-	18,0	78,0	24,0	31,0	40,0	610

En el estudio realizado por Vigna, se mostraba que las mujeres se involucran más tardíamente con el delito que los varones. En promedio, las mujeres se vinculan con el delito a los 33 años. Si bien en el estudio realizado por Nada crece a la sombra no es posible comparar con la población de varones, se mantienen los valores de la distribución de edad en el caso de las mujeres, lo que podría indicar que este patrón de involucramiento más tardío en el delito se mantiene.

Tabla 3.1.2. Medidas descriptivas de la edad por zona.

	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente Variación	Mínimo	Máximo	N
Montevideo	31	33,2	10,3	0,3	18	77	339
Interior	32	32,9	9,5	0,3	18	77	252
Total	31	33,1	10,0	0,3	18	77	591

No hay diferencias importantes en las estadísticas de edad entre Montevideo e Interior.

Tabla 3.1.3. Género por zona y edad.

	Total	Zona		Edad	
		Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Mujeres cis	96%	94%	98%	98%	95%
Mujeres trans	3%	5%	2%	2%	4%
Varones trans	1%	1%	1%	1%	1%

En lo que respecta a cuestiones de género, 96% son mujeres cis, 3% son mujeres trans y 1% son varones trans. La población trans está localizada principalmente en Montevideo y tiene más de 25 años.

3.2. Visitas y vínculo con la familia

Las visitas son un indicador muy importante de los vínculos que las personas privadas de libertad mantienen extramuros. Las visitas son el sostén económico y emocional para quienes están presas. Tienen un rol fundamental en lo afectivo, que repercute en la salud mental. También hay un impacto en el bienestar físico de la persona. Además, la presencia de visitas aumenta la chance de que la persona reciba insumos para mejorar su estadía en la cárcel: alimentos, ropa, etcétera.

Tabla 3.2.1. Indicadores relacionados a las visitas.

Visitas y frecuencia					
	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Recibe visitas	73%	74%	71%	77%	71%
No recibe visitas	27%	26%	29%	23%	29%
Una o más veces por semana	40%	39%	42%	46%	38%
Una o más veces por mes	28%	33%	22%	27%	29%
Menos frecuente	4%	3%	6%	2%	5%
No recuerda	1%	0%	1%	2%	0%
Quién la visita					
	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Pareja	18%	18%	19%	15%	20%
Hijas e hijos	35%	34%	36%	24%	38%
Madre o padre	35%	35%	35%	47%	32%
Hermanas y hermanos	25%	28%	21%	37%	22%
Amigas y amigos	17%	16%	18%	16%	17%
Otros	15%	12%	18%	14%	14%

Tabla 3.2.2. Estado civil por zona y edad.

	Total	Mvdeo.	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Casada	10%	9%	12%	4%	12%
En unión libre	26%	23%	30%	26%	26%
Separada o divorciada	6%	7%	4%	1%	8%
Soltera	55%	58%	51%	70%	51%
Viuda	3%	2%	3%	0%	4%



Los datos del censo realizado muestran estabilidad con respecto a la medición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2015. Un poco más de la cuarta parte de las mujeres privadas de libertad no recibe visitas, siendo un poco mayor en las mujeres adultas (más de 25 años).

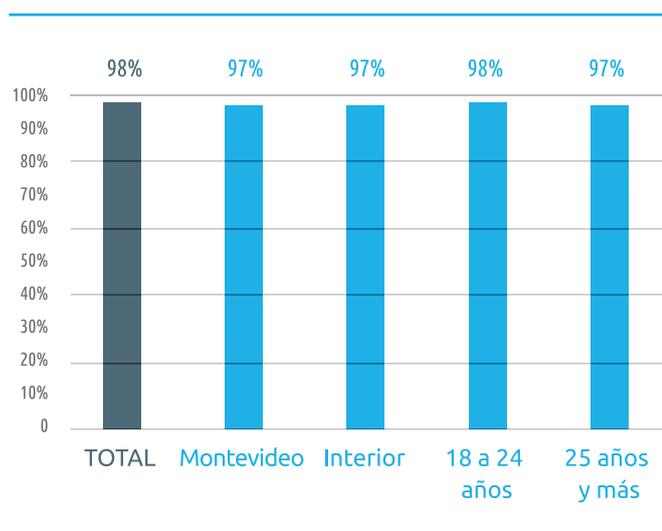
La frecuencia de visita modal es una o más veces por semana, sin grandes diferencias. Respecto a las y los visitantes, madres y padres, hijas e hijos, y hermanas y hermanos son los más importantes. Como es de esperar, madres y padres y hermanas y hermanos son más presentes en las visitas al segmento joven (de 18 a 24 años). Mientras, las hijas e hijos tienen más presencia en el segmento adulto (mayores de 25 años). Al igual que en 2015, la pareja tiene una menor presencia en la visita de las mujeres.

Se indagó también el estado civil de las personas como forma de tener indicios acerca de las redes de apoyo. Al igual que en el censo realizado en 2010, la población estudiada tiene una mayoría de personas solteras, sin diferencias importantes entre Montevideo e Interior. 36% tiene algún vínculo de pareja. La cifra es similar a la registrada en el estudio de OPS de 2015 (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016).

3.3. Educación y trabajo

La encuesta realizada por Nada crece a la sombra indagó sobre aspectos relativos a la integración de la persona en la sociedad. Se preguntó por la formación laboral y la educación. Se realizaron las mismas preguntas que en el estudio de OPS en 2015 para poder observar la evolución de estos indicadores de integración.

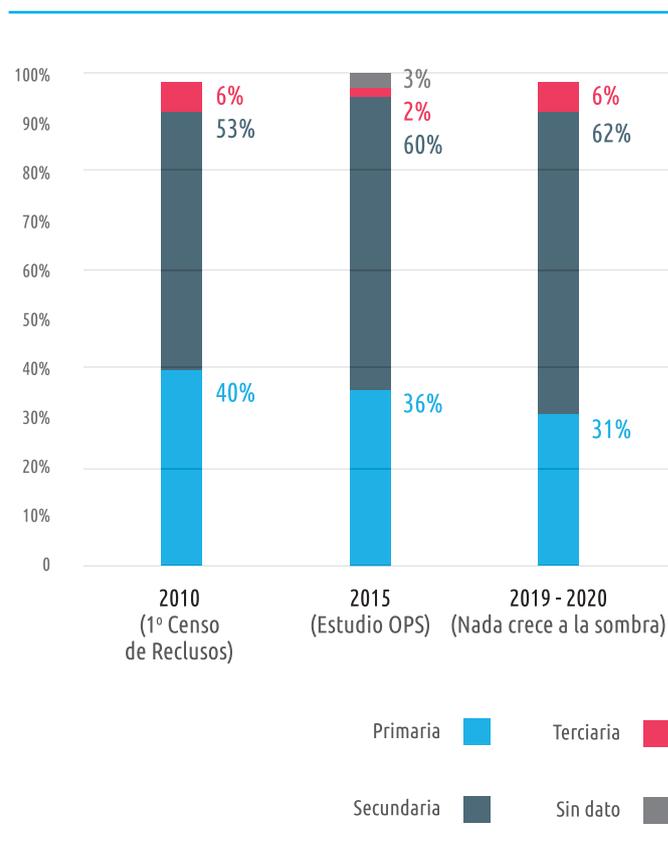
Gráfico 3.3.1. Saben usted leer y escribir.



La alfabetización es casi absoluta en la población estudiada. Los valores son iguales a los registrados en el Censo de Reclusos de 2010 (Vigna, 2012, pág. 25), y son más altos que en el estudio de OPS de 2015, en el que 9% no respondía a la pregunta sobre alfabetización (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016, pág. 75).

Si se observa la serie desde 2010 a 2019, en materia de logros educativos se presenta un cambio interesante: crece el nivel educativo de las mujeres que están presas. Particularmente, crece la cantidad de mujeres que han cursado secundaria.

Gráfico 3.3.3. Comparación entre investigaciones sobre el máximo nivel educativo alcanzado, lo hayan terminado o no.

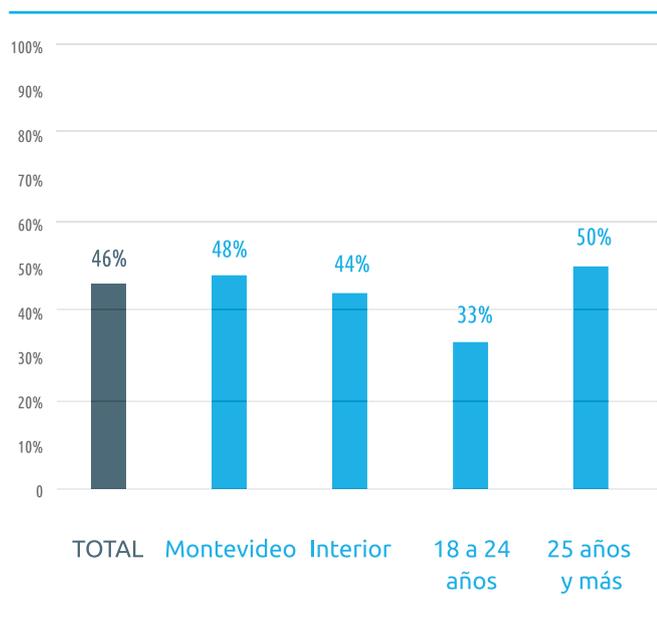


En el estudio de Nada crece a la sombra hay una mayor presencia de personas con educación secundaria entre las jóvenes. Por su parte, hay más personas con bachillerato en el interior que en Montevideo. El patrón de una mayor escolarización en jóvenes ya había sido detectado por el estudio de Vigna y el de OPS (Vigna, 2012) (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016).

Tabla 3.3.2. Máximo nivel educativo cursado, lo hayan terminado o no.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Sin escolarización formal	1%	2%	0%	0%	1%
Primaria	31%	28%	34%	22%	33%
Ciclo básico (Liceo, UTU)	48%	51%	43%	64%	43%
Secundaria segundo ciclo (Bachillerato, UTU)	15%	12%	19%	12%	16%
Estudios terciarios no universitarios (incluye magisterio y profesorado)	1%	1%	1%	2%	0%
Estudios terciarios universitarios	5%	6%	4%	2%	6%
Estudios de posgrado	0%	1%	0%	0%	0%

Gráfico 3.3.4. Tienen alguna formación laboral.



Respecto a la formación laboral, 46% declara tener un oficio o profesión. Esta proporción es inferior en las mujeres más jóvenes (33%) y mayor en las mujeres adultas (50%), como es esperable. No hay diferencias significativas en la formación laboral entre Montevideo (48%) y el resto del país (44%).

Respecto a la comparación intertemporal, se mantienen las cifras de personas que declaran tener un oficio o profesión con respecto a 2015 (44% versus 46%).

Dentro de quienes declaran tener un oficio o profesión, hay una mayoría de personas que tienen oficios manuales (60%), tal como ya fue constatado en el estudio de 2015. 16% tiene formación técnica y solo 9% tiene formación profesional.

Tabla 3.3.5. Formación u oficio por zona y edad.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Oficio manual	60%	61%	59%	58%	60%
Formación técnica	16%	15%	17%	21%	15%
Formación profesional	9%	11%	5%	5%	10%
Otros	15%	13%	19%	16%	15%
Sin dato	0%	0%	0%	0%	0%

3.4. Cobertura de salud

Las mujeres privadas de libertad fueron consultadas sobre su prestador de salud fuera de la cárcel. ASSE es el prestador de salud de la mayoría (90%), manteniéndose los valores ya observados en 2015 (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016, pág. 37). 6% tiene una mutualista privada como prestador de salud, 1% se atiende en Sanidad Militar y no hay ningún caso que refiera a Sanidad Policial como prestador extramuros.

Dentro de las cárceles, los prestadores de salud son ASSE y Sanidad Policial. ASSE abarca Montevideo (Unidad 5 Femenino y Unidad 9 Madres con hijos) y Sanidad Policial el resto de las cárceles del país.



Tabla 3.4.1. Cobertura de salud.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
ASSE	90%	89%	90%	88%	90%
Mutualista privada	6%	6%	7%	9%	6%
No sabe, no contesta	2%	3%	1%	2%	2%
Sanidad Militar	1%	1%	1%	1%	1%
Sanidad Policial	0%	0%	0%	0%	0%
Seguro privado integral	1%	1%	1%	0%	1%

3.5. La reclusión: pena actual y antecedentes

60% de las mujeres privadas de libertad son primarias. Es decir, es la primera vez que están presas y no tienen antecedentes penales ni como adolescentes ni como adultas. Este valor es inferior al que registra el Primer Censo de Reclusos de 2010 (76%) (Vigna, 2012, pág. 44). Por otra parte, 4 de cada 10 son reincidentes: 35% tienen antecedentes como adultas y 14% tienen antecedentes como adolescentes. Las cifras muestran un empeoramiento de las posibilidades de integración en la sociedad de las mujeres que han experimentado la privación de libertad.

Respecto de los antecedentes penales y la distribución territorial, hay leves diferencias entre la población reclusa en Montevideo y la que está presa en el resto del país.



Tabla 3.5.2. Medidas descriptivas del tiempo de reclusión de las mujeres en años.

Las estadísticas descriptivas del tiempo de la última reclusión muestran que entre 2010 y 2019 ha habido un cambio importante. El valor de la mediana permite constatar que mientras que en 2010 50% de la población tenía 1 año o menos de reclusión, en 2019 50% de la población tiene menos de 0,6 años (un poco más de seis meses).

	Mediana	Media	Máximo	Primer cuartil	Mediana	Tercer cuartil	N
Nada crece a la sombra 2019 - 2020	1,47	0,0	19,0	0,3	0,6	1,5	588
Primer Censo Nacional de Reclusos 2010	1,57	0,0	17,0	0,0	1,0	2,0	610

El estudio de OPS de 2015 reporta sólo el promedio medido en meses para el tiempo de la última reclusión. En el caso de las mujeres, el estudio reporta un promedio de 25,8 meses de reclusión, mientras que el estudio de Nada crece a la sombra arroja un promedio de 17,6 meses.

Los datos indican que la mayoría de la población fue recientemente encarcelada: 68% tiene menos de 6 meses de reclusión. También muestran que hay una mayor reincidencia en las mujeres. Si bien la magnitud de las cifras puede estar afectada por el momento en que se realizaron las mediciones, pueden indicar cambios en el involucramiento de las mujeres en el delito.

Antecedentes para el diagnóstico de salud: alimentación, actividad física, uso de drogas

4

El censo realizado tuvo como objetivo cuantificar una serie de factores relacionados con la salud física y mental de las mujeres en situación de privación de libertad.

En este capítulo se presentan los resultados relativos a factores clave en la aparición de enfermedades no transmisibles y problemas de salud mental. Estos factores son los relativos a la nutrición, la actividad física y el uso de drogas.

4.1. Nutrición

4.1.1. Verduras, lácteos, carnes

A partir de entrevistas realizadas a integrantes del equipo de la Unidad 5 Femenino y de SAI-PPL de ASSE surgen cuestiones relevantes para interpretar la información sobre la alimentación.

- Han habido cambios en la alimentación. Se ha buscado mejorar la alimentación incorporando variedad en la dieta. Las unidades penitenciarias reciben los alimentos una vez al mes, pero su población puede variar a lo largo del mes, lo cual afecta la planificación de la alimentación¹.
- Funcionarias y funcionarios de la Unidad 5 declaran que no hay un plan de alimentación claramente establecido.
- Se diferencia la alimentación para personas que viven con VIH. No hay un sustento técnico que respalde esta decisión. No se pudo determinar a través de las entrevistas realizadas quién ni por qué se determinó una dieta especial para personas que viven con VIH².
- La comida de olla, conocida como “rancho”, es la dieta más común. Es un ensopado con algunas verduras, principalmente papa, y algo de carne, más que nada grasa.
- Las personas que requieren una dieta especial por tener alguna enfermedad particular tienen dificultades para el acceso y la continuidad en la dieta¹.
- El acceso a frutas y verduras frescas es limitado. Se limita el ingreso y la circulación de frutas para evitar la elaboración de escabio (bebida alcohólica que surge de la fermentación de las frutas). En general, se reserva la fruta para personas con “dieta especial”, como es el caso de las personas que viven con VIH.
- Para mejorar la alimentación, las personas recurren a cocinarse con insumos que les aportan las visitas. Lo hacen de manera individual o de forma colectiva.
- La alimentación y las dietas especiales pueden ser usadas por las personas privadas de libertad como moneda de cambio (“transa”) para obtener otros bienes.

¹ Respuesta de funcionario de administración de la Unidad 5: La dieta cruda es siempre la misma y está determinada por los insumos que nos mandan. A nivel nutricional, puntos suspensivos. Yo estoy a cargo desde cuando en la unidad se comía solo mondongo. Entonces, la llegada de la carne, del cerdo, del pollo, generó una variante muy importante. Antes era mondongo y guiso. En un lapso de tiempo se fue generando un cambio. Evidentemente, siempre vamos a estar por debajo, porque estamos hablando de una población que oscila mucho. Es muy variable, puede aumentar mucho de golpe y eso puede implicar que hay etapas en las que la administración se dificulta, porque recibimos los insumos una vez al mes. Entrevistador: Y esos insumos, ¿suben o bajan en función de la cantidad de mujeres que hay, o siempre son los mismos?

R: Cuando tenemos un aumento de internas, lo informamos y pedimos que nos aumenten. Pero no es una información que se pase todos los días.

² Respuesta de funcionario de administración en Unidad 5: Acá no hay una política de alimentación saludable. Si el INR trae dos mil kilos de pollo, si vos querés hacer milanesas, estrogonoff o lo que quieras, lo podés hacer. Pero, obviamente que en las proporciones que te dan, para llegar a fin de mes, te va a dar sólo para hacer comidas de olla. Eso es todo un tema. Por otro lado, lo que queremos implementar nosotros son espacios verdes para hacer una quinta o un vivero que sea sustentable y pueda brindar a las personas que precisen insumos con los que a nosotros no nos abastecen.

³ Entrevistador: Cuando ustedes indican alguna dieta, por ejemplo, ante un diagnóstico específico agudo o crónico, como puede ser una gastroenterocolitis o alguien que es celíaca, el INR ¿cumple con esa pauta?

Respuesta de dirección de SAI-PPL: “Cumple con lo que tiene. Ellos también tienen sus limitaciones, pero sí.

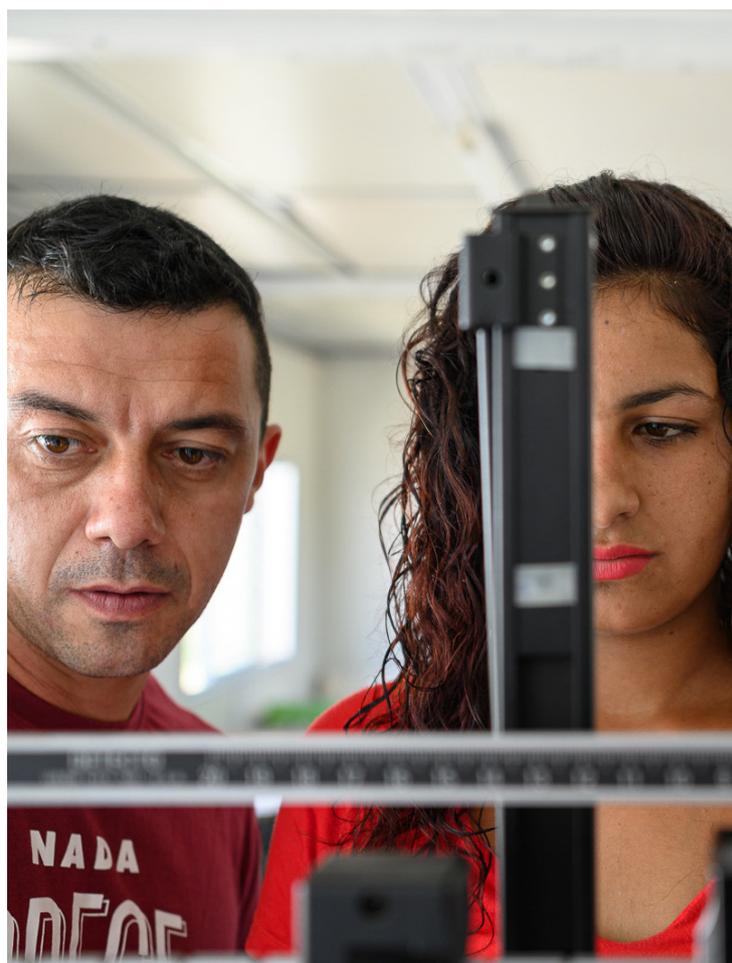
E: ¿Pero es es una dieta que se cumple en forma ideal? Por ejemplo, ¿tuvieron algún caso de celiaquía? ¿Se le indicó una dieta específica en ese caso? R: Tuvimos dos, ahora no hay ninguna. Y no creo que se pueda cubrir. La ayuda habitualmente la familia, la que tiene paquete, como dicen ellas, no tiene problema, porque recibe lo que corresponde.

E: Pero más allá, en cuanto lo que le brinda el INR.

R: No, el INR le brinda lo que puede dentro de las posibilidades. Nosotros lo que hacemos es, en vez de ponerle “dieta de diabético” le ponemos lo que debería comer. Porque no tienen por qué saber. La más fácil es la del hipertenso, porque es una dieta hiposódica. Pero en realidad, el tema dieta es difícil porque ellos tampoco manejan insumos como para cumplir. Es más, yo que trabajo en el Saint Bois, ni siquiera la población de allí cumple la dieta. Porque a veces no tienen como acceder a la comida. Lo mismo pasa acá.

Tabla 4.1.1.1. Cantidad de días por semana en que come verduras por zona y edad.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Nunca	23%	23%	23%	21%	23%
1	7%	9%	4%	6%	8%
2	7%	8%	7%	5%	8%
3	8%	10%	6%	9%	8%
4	5%	6%	3%	5%	5%
5	2%	2%	2%	3%	2%
6	1%	2%	1%	2%	1%
7	45%	40%	52%	47%	45%
No sabe	1%	1%	2%	2%	1%



En promedio, las mujeres privadas de libertad consumen verduras 4 días a la semana (3,8 en Montevideo y 4,4 en Interior).

Tabla 4.1.1.2. Medidas descriptivas del consumo de verduras.

	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Días en que come verduras	4,0	3,0	0,7	4,0	0,0	7,0	583
Días en que come verduras preparadas por la persona o compañeras (no por la unidad penitenciaria)	3,6	3,0	0,8	3,0	0,0	7,0	452
Total de porciones de verdura que come (una porción equivale a una taza)	0,8	0,7	0,9	0,5	0,0	4,0	286

Para determinar la cantidad de porciones consumidas se optó por indagar a aquellas mujeres que cocinan (por sí solas o colectivamente). Esta decisión se tomó en el entendido de que es muy difícil que la persona pueda determinar cuántas porciones de verdura hay en el "rancho".

Dentro de las personas que declaran comer verduras, hay una alta proporción que elaboran alimentos con verduras por sí mismas o junto a otras (71%). Sin embargo, hay fuertes diferencias entre Montevideo (85%) y el resto del país (51%).

En el interior del país, las cárceles ofrecen una dieta más variada. Esto se debe, en gran medida, a que la cantidad de mujeres privadas de libertad es sensiblemente inferior: mientras en la Unidad 5 Femenino, principal cárcel de mujeres de Montevideo, hay unas 400 mujeres privadas de libertad, ninguna cárcel del interior supera las 45 mujeres. Esto permite que haya más eficiencia en los economatos y que se contemplen mejor las necesidades de las personas.

Tabla 4.1.1.3. Cantidad de días por semana en que come verduras preparadas por la persona o compañeras (no por la unidad penitenciaria).

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Nunca	28%	14%	47%	31%	27%
1	6%	7%	3%	6%	5%
2	9%	10%	8%	8%	10%
3	10%	14%	4%	14%	9%
4	6%	10%	2%	5%	7%
5	2%	1%	3%	3%	1%
6	1%	1%	1%	1%	1%
7	38%	42%	31%	29%	40%
No sabe	1%	1%	2%	3%	1%

Aquellas personas que cocinan su comida y pueden conocer las porciones de verdura que ingieren, declaran consumir en promedio menos de una porción de verdura por día (0,8), no habiendo variaciones importantes entre Montevideo (0,8) y el interior (0,7).

Tabla 4.1.1.4. Cantidad de días por semana en que come frutas por zona y edad.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Nunca	53%	40%	69%	49%	54%
1	15%	20%	7%	13%	15%
2	10%	11%	7%	18%	7%
3	5%	6%	4%	2%	6%
4	3%	3%	4%	4%	3%
5	1%	2%	1%	2%	1%
6	1%	1%	0%	0%	1%
7	12%	16%	7%	12%	12%
No sabe	1%	1%	1%	0%	1%

La mayoría de las mujeres no come nunca frutas (53%). Esta situación se acentúa en el interior del país (69%).

En el caso de las mujeres que dicen comer fruta, en Montevideo, consumen en promedio dos días a la semana y en el interior, en promedio, un día. No se observan diferencias en el consumo de frutas promedio al analizar por edad.

Tabla 4.1.1.5. Medidas descriptivas del consumo de frutas.

		Media	Desviación típica	Coficiente variación	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Días en que come frutas	TOTAL	1,6	2,4	1,5	0,0	0,0	7,0	586
	Montevideo	2,0	2,5	1,3	1,0	0,0	7,0	336
	Interior	1,0	2,0	1,9	0,0	0,0	7,0	250
Total de porciones de fruta que come	TOTAL	1,9	1,3	0,7	1,5	0,5	9,0	268
	Montevideo	1,8	1,3	0,7	1,0	0,5	9,0	197
	Interior	1,9	1,3	0,7	1,5	0,5	9,0	268

Hay muchas limitaciones en el ingreso de frutas a la cárcel porque se utiliza para elaborar la bebida alcohólica conocida como escabio, que está prohibida. Esto puede explicar la alta proporción de mujeres que no consumen frutas.

En cuanto a los lácteos, 50% de las mujeres consume todos los días, mientras que 25% no consume nunca. Hay importantes diferencias entre Montevideo (60% consume todos los días) y el interior (36%). En Montevideo, las mujeres consumen lácteos en promedio 4,7 días; mientras que en el interior lo hacen 3,4 días. Se consumen 1,7 porciones en total, sin diferencias entre Montevideo y el resto del país.

En lo que respecta al consumo de carne, 57% consume todos los días y sólo 10% de la población censada no consume carne nunca. Hay un consumo diario levemente superior en el interior (61%) que en Montevideo (54%). En promedio, se consume carne 5 días a la semana; 1,3 porciones cada vez. No hay diferencias relevantes entre Montevideo y el resto del país.

El origen de la comida presenta variaciones muy importantes que pueden repercutir en la nutrición de las mujeres privadas de libertad. La situación de acceso es bien diferente en Montevideo y el interior. En Montevideo, 50% de la población cocina todo lo que consume más de dos días a la semana, 34% combina cocina propia con la comida de la cárcel y sólo 16% come únicamente la comida que le brinda la unidad penitenciaria. En el interior la situación es distinta: la mayoría de la población consume sólo la comida que recibe de la cárcel (48%), 33% cocina todo lo que consume y 20% combina cocina propia con comida de la prisión.

Las entrevistas con mujeres privadas de libertad muestran que las mismas se coordinan entre sí para cocinar. De esta manera, pueden acceder a una alimentación que consideran más variada y de mejor calidad que la que reciben de la cárcel. De los 4 grupos de alimentos analizados (frutas, verduras, lácteos y carne), las personas que se cocinan, ya sea que consuman también la comida de la prisión o no, presentan un mayor consumo promedio de frutas (2 días promedio frente a uno de las personas que solo reciben comida de la prisión). La posibilidad de cocinar en la cárcel, ya sea que la persona se cocine la mayoría de los días de la semana o solo algunos, está asociada a las visitas. En el caso de las personas que se cocinan, por encima de 70% recibe visitas: 79% las que se cocinan siempre, 74% de las que combinan. Mientras tanto, 61% de las mujeres que solo comen la alimentación de la cárcel reciben visitas.

4.1.2. Sal agregada en las comidas

En lo que respecta al agregado de sal a las comidas, 61% de las entrevistadas lo hace siempre o casi siempre. Se trata de una cifra muy por encima de la que registra la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) (MSP, 2018). Si bien hay diferencias en la manera de preguntar de ambas encuestas, los resultados indican una alta presencia de este comportamiento en la población de mujeres privadas de libertad.

La mayor diferencia entre Montevideo y el interior se da entre las personas que declaran nunca agregar sal en la comida: 24% en el interior frente a 13% en Montevideo.

4.2. Sedentarismo y actividad física

El nivel de sedentarismo y la actividad física son factores importantes para varias enfermedades no transmisibles. Como se consigna en la ENFRENT, la inactividad física o actividad física insuficiente “es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo)” (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015, pág. 41).

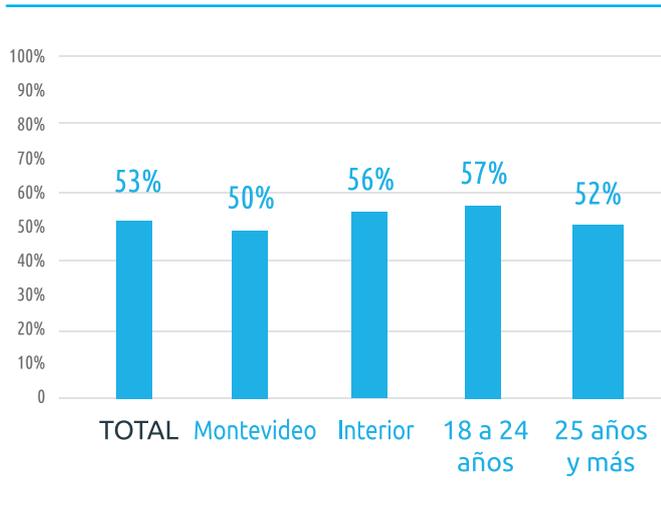
El formulario indagó sobre el tiempo que la persona está sentada o recostada en un día típico, sin contar las horas de sueño (8 horas). También se consultó sobre el promedio de tiempo en que la persona sale de su celda para realizar algún deporte o actividad física.

Teniendo en cuenta la forma de medición de sedentarismo y actividad física de este censo, no es posible hacer comparaciones con datos relativos a la población ya que se utilizan metodologías diferentes (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015, pág. 42 y ss)⁴. Por tanto, los datos deben ser tomados como indicaciones generales sobre la presencia de sedentarismo y actividad física en la población de mujeres privadas de libertad.

53% de las mujeres está sentada o recostada 7 horas o más por día, además de las horas de sueño. No hay diferencias importantes entre Montevideo (50%) y el resto del país (56%). El sedentarismo está más presente (57%) en las mujeres más jóvenes (de 18 a 24 años), que en las mayores de 25 años (52%). Si bien los datos no son estrictamente comparables con los datos de la ENFRENT, muestran una alta prevalencia de sedentarismo en las mujeres. De acuerdo a la ENFRENT, 24% de las mujeres en Uruguay tiene comportamiento sedentario.

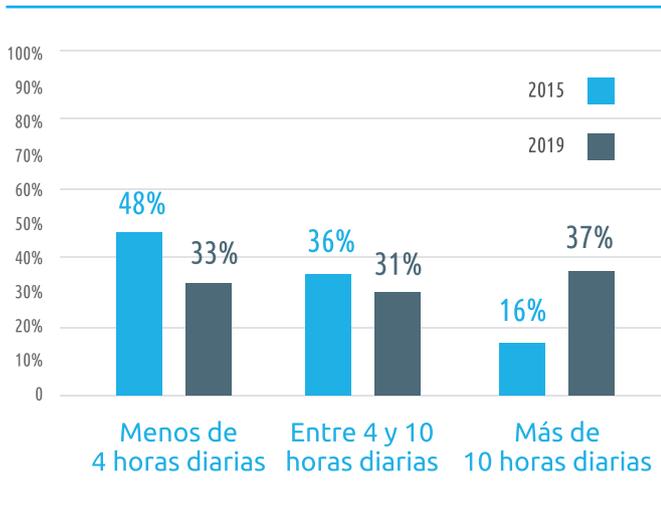
⁴ Para medir sedentarismo se utiliza el Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), que es un cuestionario desarrollado por OMS que mide la actividad de la persona en su trabajo, desplazamientos y recreación, y establece una cantidad moderada e intensa por dominio. En el contexto del estudio realizado no fue posible implementar esta metodología.

Gráfico 4.2.1. Cantidad de mujeres que pasan 7 horas o más, por día, sentadas o recostadas.



Por su parte, la comparación con la encuesta realizada por OPS en 2015 muestra que el comportamiento sedentario ha aumentado en la población, como puede observarse en el gráfico que sigue. Hay un crecimiento muy importante (de 16% a 37%) de las personas que están 10 horas o más sentadas o recostadas.

Gráfico 4.2.2. Tiempo diario sentadas o recostadas.



En las entrevistas realizadas al equipo de la Unidad 5 Femenino se puede constatar que si bien hay propuestas de actividad física, no hay un involucramiento masivo por parte de las mujeres. Las propuestas de actividad física también están condicionadas a la conducta de las personas. Esto puede ser una indicación de que la actividad física se concibe por parte de las autoridades como un bene-

ficio o un castigo, y no como una cuestión de salud de la población. En la siguiente cita, un referente de la Unidad 5 reflexiona sobre el tema:

Entrevistador: ¿Qué pasa con la actividad física, que tanto influye en las enfermedades no transmisibles?

Respondente: No tenemos. Hay un gimnasio. En una época hubo un profesor, salían al patio a hacer actividad de acuerdo a su conducta, pero últimamente no están haciendo ejercicio.

E: ¿Ustedes pueden indicar el ejercicio?

R: Nosotros les indicamos aunque sea caminar, que a mi forma de ver es el ejercicio más barato, más completo y que lo puede hacer todo el mundo. Caminar es fundamental.

E: ¿Y ellas cumplen con esa indicación?

R: No, a la mayoría no les interesa.

Las tablas que siguen muestran que hay una gran variabilidad en la cantidad de horas que las mujeres están sentadas o recostadas. Con respecto a la medición de OPS en 2015, hay un aumento de 5,1 a 8,3 en el promedio de horas sin actividad. Hay más horas de inactividad promedio en el interior y entre las personas de 18 a 24 años.

Tabla 4.2.3. Tiempo diario en horas sentada o recostada por zona y edad.

ZONA	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mínimo	Máximo	N
Montevideo	4,0	3,0	0,7	4,0	0,0	7,0	583
Interior	3,6	3,0	0,8	3,0	0,0	7,0	452
Total	0,8	0,7	0,9	0,5	0,0	4,0	286
EDAD							
18 a 24 años	8,0	9,0	6,1	0,7	0	22	129
25 años y más	7,0	8,1	6,1	0,8	0	22	460
Total	8,0	8,3	6,1	0,7	0	22	589

Puede observarse que en todos los casos hay un coeficiente de variación alto, lo cual muestra una alta variabilidad en el tiempo sedentario. Por eso, es importante observar el comportamiento de la mediana y la media. En ambos indicadores es claro que hay más horas de inactividad en el interior y entre las personas de 18 a 24 años.

Con respecto a la actividad física, la encuesta midió el tiempo promedio para salir a practicar algún deporte u otra actividad física en un día típico. Por tanto, no se trata de una medición precisa de toda la actividad de la persona, sino aquella que refiere a actividad física recreativa. Los datos permiten ver que, así como hay muchas horas de tiempo libre en quietud, hay pocas horas de actividad física. Las variaciones en las horas de actividad son importantes, de hecho, el coeficiente de variación es siempre superior a 1. Puede verse que hay diferencias entre Montevideo y el interior, y por edad si se tiene en cuenta la mediana (valor que deja por debajo al 50% de la población). Hay diferencias entre Montevideo (43% no realiza ninguna actividad) y el interior (54% no realiza ninguna actividad). Hay también un mayor tiempo de actividad en las personas de 18 a 24 años.

Tabla 4.2.4. Tiempo diario de actividad física en horas por zona y edad.

Zona	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mínimo	Máximo	N
Montevideo	1,0	1,5	2,7	1,8	0	16	335
Interior	0,0	1,8	3,4	1,9	0	16	250
Total	0,5	1,6	3,0	1,8	0	16	585

Edad	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mínimo	Máximo	N
18 a 24 años	8,0	9,0	6,1	0,7	0	22	129
25 años y más	7,0	8,1	6,1	0,8	0	22	460
Total	8,0	8,3	6,1	0,7	0	22	589

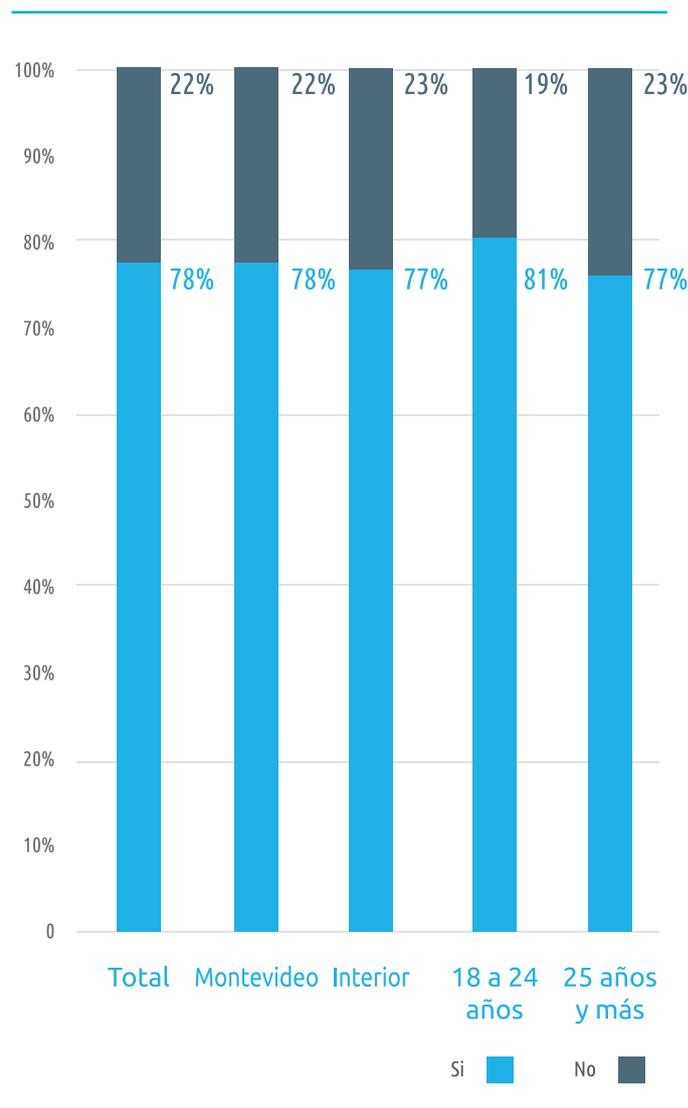
4.3. Consumo de drogas

Las preguntas relativas al consumo de sustancias psicoactivas se realizaron durante la encuesta. Esto es una diferencia importante con el estudio de OPS de 2015, que planteaba estas preguntas en un formulario autoadministrado para garantizar el anonimato. Los resultados muestran un alto consumo de psicoactivos si se toma como referencia el estudio de OPS (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016, pág. 57 y ss).

4.3.1. Tabaco

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para la salud de las personas. Buena parte de las enfermedades no transmisibles puede prevenirse desalentando el consumo de tabaco, así como la exposición al humo de tabaco (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015).

Tabla 4.3.1.1. Mujeres que fuman algún producto de tabaco por zona y edad.



Las cifras de consumo de tabaco son extremadamente altas si se compara con la población general. 78% de las entrevistadas fuma tabaco. 72% lo hace a diario. Esto implica que, de las fumadoras, más de 90% lo hace a diario. A su vez, 79% de las mujeres que no fuman están expuestas al humo del tabaco entre 5 y 7 días a la semana. Las cifras se mantienen dentro de los valores registrados en 2015 por el estudio de OPS (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016).

Para tener una referencia respecto a la población general, se puede comparar con la ENFRENT de 2013 que registra que 23% de las mujeres consumen tabaco a diario (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015, pág. 24). La Encuesta de Consumo de Drogas en Hogares (ECDH) de la Junta Nacional de Drogas realizada en 2018 a personas de entre 15 y 65 años, registra que 26% de las mujeres consumieron tabaco en el último mes (previo a la encuesta) (Ramírez, Keuroglan, & Suárez, 2019, pág. 50). Por su parte, ENFRENT muestra que sólo 13% de las personas no fumadoras en la población están expuestas entre 5 y 7 días al humo de tabaco en espacios cerrados.

La cantidad de cigarrillo que las mujeres privadas de libertad fuman por día es alta, como puede observarse en la tabla que sigue. La encuesta permite detectar tres tipos de fumadoras: las que solo fuman cigarrillos; las que solo fuman tabaco; y las que combinan. Los datos muestran que las fumadoras exclusivas de tabaco o cigarrillos tienen una diferencia en cantidad si se observa la mediana: las fumadoras de cigarrillos tienen un consumo mayor.

Tabla 4.3.1.2. Medidas descriptivas de la cantidad de cigarrillos que fuma por día.

Fuman cigarrillos y tabaco	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mínimo	Máximo	N
Cantidad de cigarrillos	10	13,5	10,7	0,8	1	60	105
Cantidad de cigarrillos de tabaco (armados)	10	13,9	17,7	1,3	1	150	105
Fuman solo cigarrillos o tabaco	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mínimo	Máximo	N
Fuma solo cigarrillos	20	18,5	13,3	0,7	2	60	132
Fuma solo tabaco	13	18,3	16,8	0,9	1	100	173

En todos los casos, los promedios de consumo de cigarrillos se ubican por encima de las referencias para la población general de acuerdo a la ENFRENT. El promedio de cigarrillos en las mujeres que consumen diariamente según la ENFRENT es de 12 cigarrillos (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015, pág. 26).

4.3.2 Alcohol

El consumo de alcohol (abusivo o problemático) es un factor de riesgo para la salud de las personas. El consumo de alcohol prolongado puede asociarse a distintos problemas de salud: cirrosis, hepatitis, pérdida de memoria, úlceras, anemia, malnutrición y depresión, entre otros. Asimismo, el consumo problemático o el consumo puntual excesivo conlleva riesgos de sufrir lesiones por violencia o por accidentes (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015).

Se tomaron tres medidas para determinar el consumo de alcohol: consumo en los últimos 12 meses; frecuencia de consumo; y consumo en los últimos 30 días. Las cifras son muy superiores a las registradas en el estudio de OPS de 2015. La razón de las diferencias puede explicarse por las metodologías empleadas para medir el consumo de alcohol y otros psicoactivos. En la encuesta de OPS se entregaba un formulario autoadministrado para que la persona complete las preguntas en forma completamente anónima. En el censo realizado por Nada crece a la sombra, las preguntas de alcohol y psicoactivos fueron incluidas en el formulario general y fueron planteadas por las y los encuestadores, previa aclaración de que los datos serían anónimos. Los valores que aparecen en el presente estudio son mayores. La explicación puede estar dada por la confianza que hay con el equipo de Nada crece a la sombra, que trabaja diariamente con varias de las mujeres entrevistadas.

Se pueden hacer varios destaques de los resultados obtenidos:

- La prevalencia mensual y anual de consumo de alcohol es alta, más aún teniendo en cuenta las restricciones que hay dentro de las cárceles.
- La cifra de usuarias diarias de alcohol es alta teniendo en cuenta las referencias poblacionales de las mujeres (ENFRENT).
- Hay un mayor consumo de alcohol de las mujeres de 18 a 24 años.

Tabla 4.3.2.1. Consumo de alcohol por zona y edad.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses	Sí	41%	42%	40%	54%	38%
Frecuencia de consumo de alcohol	A diario	8%	8%	9%	16%	6%
	De 4 a 6 veces a la semana	1%	2%	1%	2%	1%
	De 2 a 3 veces a la semana	5%	5%	5%	9%	4%
	De 2 a 4 veces al mes	10%	11%	9%	10%	10%
	Una vez al mes o menos	17%	17%	16%	19%	16%
	No consume	59%	58%	60%	46%	62%
Consumo de alcohol en los últimos 30 días	Sí	30%	35%	24%	39%	27%

4.3.3. Marihuana y otras drogas

El consumo de sustancias aparece con valores más altos que en la encuesta de OPS. Las diferencias metodológicas entre ambas mediciones fueron explicadas en la sección previa, y se enfatiza en este sentido en la confianza de las mujeres privadas de libertad con las personas que realizaron las encuestas.

Lo importante a destacar es que aparecen cifras que demuestran una presencia fuerte de drogas dentro de las cárceles. Esto ya ha sido destacado en investigaciones previas elaboradas por la Junta Nacional de Drogas. En 2018, 18% de los eventos de drogas registrados por la Policía sucedieron dentro de los establecimientos carcelarios (Ramírez, Baudean, & Coraza, 2019, pág. 54). Las estadísticas de la Unidad de Investigación y Análisis Penitenciario (UIAP) muestran que marihuana, cocaína y pasta base son incautadas regularmente dentro de las cárceles (Ramírez, Baudean, & Coraza, 2019, pág. 68).

Tabla 4.3.3.1. Consumo de sustancias psicoactivas.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Consumo de marihuana en los últimos 30 días	Si	24%	32%	13%	36%	20%
Consumo de pasta base en los últimos 30 días	Si	7%	7%	6%	10%	6%
Consumo de cocaína en los últimos 30 días	Si	6%	7%	5%	10%	5%
Consumo de psicofármacos fuera de la indicación médica en los últimos 30 días	Si	21%	25%	15%	26%	19%

Teniendo en cuenta la investigación existente sobre la materia, no es llamativa la declaración de consumo de marihuana, pasta base y cocaína en la población de mujeres cis y trans privadas de libertad.

En el último mes, en promedio, 24% fumó marihuana, 6% consumió cocaína, 7% pasta base y 21% consumió psicofármacos por fuera de la indicación médica. El consumo de drogas es superior en Montevideo y en menores de 24 años.

El consumo de psicofármacos es alto, cuestión que ha sido constatada en todas las entrevistas realizadas. Es probable que la cifra que surge de la encuesta de Nada crece a la sombra subestime el consumo real, ya que es uno de los consumos centrales y cuyo abastecimiento se da por vía mixta: legal a través del servicio de salud de la cárcel e ilegal, por "transas".

En la sección que sigue se profundiza en los mecanismos existentes para el consumo de drogas con base en las entrevistas realizadas en la Unidad 5 Femenino, principal cárcel de mujeres de Montevideo.

4.3.4. Consumo de drogas en la Unidad 5 Femenino (Montevideo)

Siendo que las sustancias psicoactivas están prohibidas en las cárceles, cabe preguntarse cómo es que tanto las mujeres cis como las trans acceden al alcohol y a otras drogas. La respuesta a la pregunta implica comprender la red de tráfico que se da en las cárceles.

Algunos elementos que surgen de las entrevistas:

- El consumo de drogas en cárceles es alto y se usa para soportar el estrés, el tiempo libre y las situaciones de depresión que enfrentan las personas durante su privación de libertad.
- La situación de prohibición empuja la creación de redes de tráfico que involucran productos de alcohol con base en fermentación (frutas, levadura), intercambio de medicamentos y tráfico de drogas (marihuana, cocaína, pasta base).
- Surgen conflictos y violencia asociada a deudas y otros problemas relacionados al uso problemático de drogas.
- Las políticas de distribución de medicamentos contribuyen al desarrollo del tráfico de psicofármacos, en lugar de desalentarlo.

La siguiente cita permite tener una idea clara de los temas señalados:

Entrevistador: ¿Qué aspectos de salud mental monitorean a diario?

Funcionario: El consumo de pastillas.

E: ¿Cómo?

F: En realidad, ellas dicen que se sienten mal. Piden "salud mental". De salud mental las derivan al psiquiatra. El psiquiatra no sé qué les dice, pero a todas les mandan pastillas. Las pastillas las trafican entre ellas. No son tanto para consumo. No hay tanta enfermedad. Son pocas las que realmente las precisan y las toman.

E: Si todas acceden, ¿por qué es que trafican?

F: Es la lógica que tiene un establecimiento carcelario. Aquella necesita tal o cual pastilla para hacer el famoso escabio o para cierto pegue. Entonces una va a enfermería, dice que no puede dormir y pide Diazepam. Y ahí, yo te doy tabaco, y vos me das pastillas, ponele. Después hay un tema que tiene que ver con lo que te pasa estando presa, ellas necesitan estar de determinada forma: unas precisan dormir y piden pastillas; y otras precisan estar arriba y piden pastillas, y se termina generando un gran tráfico en todos lados.

E: Pero no son todas las pastillas. Algunas son más buscadas que otras.

F: Claro. Cuando se dieron cuenta que el fluxan tenía gran cantidad de alcohol, hubo una demanda enorme de un día para otro. Y no sé qué cantidad de pastillas utilizan para hacer el jugo loco, como ellas lo llaman.

E: ¿Cómo es el jugo loco?



F: El jugo loco de ellas es pastillas y escabio.

E: ¿El escabio lo hacen con fruta?

F: Con la cáscara de la fruta.

E: ¿Y cómo consiguen la fruta si no hay?

F: De la visita. Y roban levadura de la panadería también, para fermentar.

E: Me decías que usaban fluxan, ¿qué otras pastillas?

F: La quetiapina es una de las más buscadas. Es un antipsicótico que se usa para dormir y para el consumo problemático de sustancias.

E: ¿Qué otra?

F: Diazepam, Clorazepam. Según dicen ellas: moneda corriente. En un momento se implementó que las tomaran dentro de la enfermería, que se las dieran en la boca. Funcionó, pero también hubo muchas resistencias de parte de ellas. No querían, se sancionó a muchísimas internas porque las escondían en el bolsillo. Se logró un poco, pero...

E: ¿Y ahora cómo es?

F: Ahora la enfermera recorre los sectores y les da una bolsita: "Eso es suyo" y "eso es suyo". Los sábados les dan doble, porque los domingos no reparten. Si la interna no está por algún motivo, la llevan luego a la enfermería. Ahora a veces se la dejan a otra interna para que se las de.

E: Ni siquiera a la persona.

F: No. A veces se la dan, a veces no se la dan. A veces la interna las reclaman, otras veces no.

E: ¿Ustedes ven que ese consumo repercute en la vida cotidiana de las personas?

F: Sí. Duermen hasta el mediodía, pasan durmiendo, pasan duras. Salen a trabajar medias somnolientas. O están aceleradas cuando les falta. El jugo loco lo hacen el fin de semana, que es cuando tienen más pastillas. Ha sucedido en algunos casos que las internas ni siquiera se levantan para recibir a la visita.

Medición de la situación de salud

5

Dar cuenta de la situación de salud de las mujeres cis y trans privadas de libertad en Uruguay, además de intervenir oportunamente en los casos en que fueran necesarios, fue otro de los objetivos de este estudio. Además de ahondar en los antecedentes de salud, se tomaron medidas físicas y bioquímicas. En este capítulo se presentan los principales resultados de Enfermedades transmisibles (ET) y Enfermedades no transmisibles (ENT), así como una sección específica sobre salud sexual y reproductiva.

5.1. Enfermedades no transmisibles

Como indica el estudio de OPS de 2015, las condiciones de alimentación y la cantidad de actividad física, son factores que inciden directamente en las enfermedades no transmisibles, particularmente en el sobrepeso y la obesidad.

En el capítulo 4 ya se presentaron los principales resultados vinculados a la dieta y la actividad física de las entrevistadas, dando contexto a las medidas vinculadas a las enfermedades no transmisibles.

5.1.1. Antecedentes de presión arterial, diabetes, colesterol, sobrepeso, y antecedentes familiares

Todas las mujeres cis y trans privadas de libertad tuvieron acceso, en el marco del censo de Nada crece a la sombra, a conocer sus valores de presión arterial, peso, estatura, contorno abdominal, así como a otras mediciones, como la glicemia capilar.

No se contaba, en este caso, con acceso a la historia clínica de cada persona, por lo que los antecedentes mencionados son únicamente declarativos. Las entrevistadas afirmaban (o no) si alguna o algún profesional de la salud le había diagnosticado alguna de las enfermedades no transmisibles evaluadas, y si este diagnóstico se había realizado en los últimos 12 meses. En algunos casos, además, se indagó sobre posteriores métodos de prevención y/o control de la enfermedad.

Una de cada cinco mujeres privadas de libertad tiene sobrepeso. 18% afirma que le han mencionado en algún momento que tiene sobrepeso u obesidad. 52% de ellas recibió este diagnóstico en el último año. Si se comparan estos valores con el

estudio de OPS de 2015, 16,8% de las mujeres privadas de libertad encuestadas afirmaban haber sido diagnosticadas con sobrepeso, en comparación con un 9,8% del total de la población privada de libertad. El sobrepeso puede ser un indicador de otras enfermedades no transmisibles, y también puede tener relación con antecedentes familiares de salud.

En lo que respecta a los diagnósticos de presión arterial alta, a la mayoría de las entrevistadas algún profesional de la salud le midió alguna vez la presión. A un 24% de las mujeres que están presas les han indicado que su presión es alta. En más de la mitad de los casos, este diagnóstico fue en los últimos 12 meses. 14% de las mujeres cis y trans privadas de libertad dicen que nunca se les ha tomado la presión. Este valor se mantiene y es igual al registrado en el estudio del 2015 por OPS.

Entre aquellas entrevistadas que han sido diagnosticadas con presión alta o hipertensión, 34% toma medicación para esto; siendo esta tendencia algo mayor en Montevideo (36%) que en el interior (30%). Las diferencias son más significativas analizando la información por tramo etario: la población más joven (de 18 a 24 años) tiene una menor incidencia de diagnóstico de presión alta, y por tanto, también es significativamente menor la proporción que toma medicación para regular la presión.

Tabla 5.1.1.1. Antecedentes de presión arterial.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Medición de la presión por profesional de salud	Si	86%	85%	87%	84%	86%
Diagnóstico de presión alta alguna vez	Si	24%	26%	22%	13%	27%
Diagnóstico de presión alta en los últimos 12 meses	Si	55%	60%	48%	29%	59%
Prescripción de medicación para presión alta en las últimas 2 semanas	Si	34%	36%	30%	6%	37%

Si se toman en cuenta los antecedentes familiares, 71% de las entrevistadas tiene al menos un familiar con diagnóstico de hipertensión.

Por otra parte, los antecedentes familiares indican que 55% de las entrevistadas tiene al menos un familiar con diabetes. En lo que respecta a las mediciones de azúcar en sangre, son menos comunes que las de presión. En este sentido, 62% de las mujeres cis y trans se han medido la glicemia al menos una vez. Entre ellas, a 8% se le ha indicado que la medición de su glicemia es alta. La mitad de ellas ha recibido este diagnóstico en el último año. La concentración es mucho mayor en las entrevistadas de 25 años y más. Aunque se destaca que hay un 7% que ha recibido este diagnóstico en el último año, y tienen entre 18 y 24 años.

Entre las que tienen glicemia alta, algunas han mantenido ciertos controles: a la gran mayoría (54%) se le recomendó seguir una dieta para bajar el nivel de glicemia; y a 34% le indicaron medicación en las últimas dos semanas. Además, a 16% se le indicó inyectarse insulina. En cuanto a la medicación oral, hay un control sensiblemente superior en el interior, donde a 50% de las entrevistadas se les indicó tomar medicación, mientras sólo a 23% de Montevideo se le prescribió este tipo de medicación.

Respecto a los controles anexos asociados a posibles problemas que puede generar un diagnóstico de diabetes, como son los controles de ojos y pies, no se cumple con la pauta deseada. A 66% de las mujeres cis y trans con glicemia alta nunca le controlaron los pies (pie diabético) y a 44% nunca le controlaron los ojos. Los datos muestran que los controles en el interior son aún menores que en Montevideo. También muestran que la población más joven es la que menos controles recibe.

El colesterol es lo que menos se mide. De los tres exámenes habituales para prevenir enfermedades no transmisibles, la colesterolemia es la que presenta menor cumplimiento: a 39% le midieron el colesterol alguna vez. La proporción de personas con diagnóstico de colesterol alto es de 14%, sin variaciones importantes por zona. Como es esperable, hay una mayor proporción de adultas con este diagnóstico. Más de la mitad fue diagnosticada en los últimos 12 meses y 22% recibió medicación en las últimas dos semanas.

Tabla 5.1.1.2. Antecedentes de diabetes.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Medición de glucosa por profesional de la salud	Si	62%	67%	55%	60%	62%
Diagnóstico de glucosa en sangre alta alguna vez	Si	8%	9%	8%	10%	8%
Diagnóstico de glucosa en sangre alta en los últimos 12 meses	Si	52%	53%	50%	7%	68%
Tratamiento de control de diabetes: inyección de insulina	Si	16%	17%	15%	--	22%
Tratamiento de control de diabetes: medicación oral en las últimas 2 semanas	Si	34%	23%	50%	15%	41%
Tratamiento de control de diabetes: prescripción de dieta	Si	54%	57%	50%	38%	59%

Tabla 5.1.1.3. Controles para personas diabéticas.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Control de pie diabético	Nunca	66%	60%	75%	77%	62%
Control de ojos diabéticos	Nunca	44%	40%	50%	54%	41%

Tabla 5.1.1.4. Antecedentes de colesterol alto.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Medición de colesterol por profesional de salud	Si	39%	43%	35%	29%	42%
Diagnóstico de colesterol alto alguna vez	Si	14%	15%	12%	7%	16%
Diagnóstico de colesterol alto en los últimos 12 meses	Si	51%	48%	55%	22%	54%
Prescripción de medicación para colesterol alto en las últimas 2 semanas	Si	22%	25%	17%	0%	25%

El estudio de Nada crece a la sombra profundizó en otros antecedentes familiares que también son indicadores para el desarrollo de posibles enfermedades no transmisibles como son el colesterol alto, accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, trasplante de riñón o diálisis.

Hay una alta prevalencia de antecedentes de cáncer, siendo el porcentaje más alto registrado. 49% de las entrevistadas tiene al menos un familiar directo que ha sido diagnosticado de cáncer. Luego, siguen los antecedentes de enfermedades cardiovasculares y el colesterol alto, con un porcentaje afirmativo de 40% y 37%, respectivamente.

Ya con valores inferiores, 19% de las entrevistadas tiene algún familiar directo que ha sufrido algún accidente cerebrovascular, y 13% tiene algún familiar que ha tenido trasplante de riñón y/o diálisis.

Tabla 5.1.1.5. Antecedentes familiares.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Cáncer	Si	49%	47%	51%	43%	51%
Colesterol alto	Si	37%	35%	41%	38%	37%
Problema cardiovascular	Si	40%	42%	36%	38%	40%
Accidente cerebrovascular	Si	19%	21%	16%	16%	20%
Trasplante de riñón y/o diálisis	Si	13%	13%	12%	7%	14%

5.1.2. Medición: diabetes, sobrepeso y obesidad, y presión arterial

Como se mencionó al inicio del capítulo, el censo de Nada crece a la sombra incluyó también la toma de medidas físicas y bioquímicas para tener un registro actualizado y realizado por profesionales de la salud de todas las mujeres cis y trans privadas de libertad.

Se estableció un circuito de mediciones en las distintas cárceles. A las entrevistadas se les tomaba la presión arterial, luego eran pesadas en balanzas calibradas, se medía su estatura y su perímetro abdominal, y luego se media la glicemia capilar, entre otras medidas que se detallarán más adelante. También se hacía un testeo rápido de VIH.

Se tomaron determinadas precauciones en la toma de las medidas de peso y altura ya que algunos aspectos pueden distorsionar los valores de peso y estatura obtenidos:

- Embarazo: 1,4% de las mujeres estaba embarazada al momento del control.
- Calzado: 79% de las mujeres se pesó descalza, 3% con calzado y en 18% de los casos no fue posible registrar esta variable.
- Vestimenta: 74% se pesó sin buzo, 8% con buzo y en 18% de los casos tampoco se registró esta variable.
- Campera: 78% se pesó sin campera, 2% lo hizo con campera y en 20% de los casos no se tiene registro.

Las medidas efectivas de peso y estatura se combinaron para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), que es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ como un indicador simple que relaciona el peso y la altura de las personas para identificar así el sobrepeso y la obesidad. El IMC se calcula dividiendo el peso en kilos por la estatura en metros al cuadrado. En base a estos valores, se definen cuatro rangos:

- IMC menor a 18,5: bajo peso;
- IMC entre 18,5 y 24,9: normal;
- IMC entre 25 y 29,9: sobrepeso;
- IMC mayor o igual a 30: obesidad.

La distribución de casos por IMC puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 5.1.2.1. Índice de masa corporal.

	Total	Zona		Edad	
		Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Bajo peso	2%	2%	3%	2%	2%
Normal	44%	40%	54%	39%	44%
Sobrepeso	32%	35%	29%	34%	32%
Obesidad	22%	24%	14%	25%	22%

⁵ Ver: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

55% de las mujeres privadas de libertad tiene sobrepeso u obesidad. Un porcentaje ampliamente mayor al obtenido mediante el relevamiento declarativo, en el que solo 18% afirmaba haber tenido un diagnóstico de sobrepeso u obesidad. La incidencia de sobrepeso y obesidad es menor en las personas más jóvenes (43%) que en la población adulta (58%).

En la comparación con el relevamiento de OPS, los valores de sobrepeso y obesidad son similares. En 2015, 41% tuvo valores de IMC de peso normal, mientras que 35% tenía valores de sobrepeso y 22% de obesidad. En cualquier caso, si se comparan los valores de OPS de 2015 con los valores actualizados del estudio de Nada crece a la sombra, los porcentajes de sobrepeso y obesidad de las mujeres son sensiblemente superiores a los de los varones. En 2015, en la población carcelaria total, sólo 9,8% de las personas tenía valores de IMC de obesidad y 30,4% de sobrepeso.

Por su parte, si se compara con los resultados de ENFRENT (Álvarez, Bonapelch, González, Rodríguez, 2015, pág. 47), la cantidad de mujeres privadas de libertad con sobrepeso y obesidad es alta, pero está dentro de los valores de la población general (54% versus 56%).

Otro indicador vinculado al sobrepeso de las mujeres tiene que ver con la medición del contorno de cintura. Tomando también los valores de la OMS, para las mujeres, la circunferencia máxima de cintura saludable es de 88 centímetros y de 102 centímetros en los varones.

El perímetro abdominal oficia como un indicador indirecto de la cantidad de tejido adiposo intraabdominal que se asocia a riesgos de diabetes tipo 2, presión alta, enfermedades cardiovasculares y colesterol alto.

27% de las medidas fueron realizadas sobre la piel, mientras que el restante 73% de las medidas se tomaron sobre ropa de distinto grosor: sobre un buzo fino (48%), sobre ropa de abrigo (3%) y en los casos restantes no pudo especificarse sobre cuánta ropa se tomó la medición.

Estableciendo entonces el límite saludable de perímetro abdominal en 88 centímetros, los datos arrojan que 55% de las mujeres tiene una circunferencia abdominal menor o igual a 88 centímetros. El restante 45% tiene una medición que supera el límite saludable, siendo un posible indicador de riesgo. El valor es alto, pero está dentro de los valores registrados para la población general (Álvarez, Bonapelch, González, & Rodríguez, 2015, pág. 49).

Tabla 5.1.2.2. Perímetro abdominal.

	Total	Zona		Edad	
		Monte-video	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Riesgo	45%	43%	47%	33%	48%

En lo que refiere a la presión arterial, se utilizaron diferentes medidas de brazalete para medirla: en 59% de los casos se usó un brazalete mediano, 12% de las tomas fueron con un brazalete grande, y en el restante 29% no se registró el tamaño. En ningún caso se vio afectada la adecuada toma de la presión.

Es importante aclarar que, al tratarse de una sola toma de medidas -y no de tomas repetidas en el tiempo-, no se pueden establecer diagnósticos. En los casos en los que se registraron mediciones altas (5%), el equipo de Nada crece a la sombra intervino con indicaciones y recomendaciones.

95% de las mujeres cis y trans privadas de libertad tuvieron registros de presión dentro de lo normal. Solo 5% de las mujeres que están presas registraron medidas que pueden ser consideradas como presión alta y se concentraron en la población mayor a los 25 años. La prevalencia en Montevideo es algo mayor: mientras 7% presentó medidas de presión alta en la capital, 3% tuvo una medición por fuera de lo normal en el resto del país.

Tabla 5.1.2.3. Medidas diastólica y sistólica altas.

	Total	Zona		Edad	
		Monte-video	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Sistólica mayor o igual a 140	5%	6%	2%	--	6%
Diastólica mayor o igual a 90	4%	4%	4%	1%	4%

Finalmente, también se tomaron registros de glicemia capilar a todas las mujeres cis y trans privadas de libertad que formaron parte del estudio.

Solamente con fines de control, se les consultó si habían consumido algún tipo de alimento o líquido en las 8 horas anteriores a la medición. 34% dijo que sí, 25% que no, y en el restante 41% de los casos no fue registrado. Este no es un dato relevante a la hora de medir la glicemia capilar, fue una pregunta que se utilizó a modo informativo para tener un control sobre aquellas mujeres cis y trans con diabetes ya diagnosticada.

La distribución de los valores de glicemia capilar fue de 0.56 a 3.40, y tuvieron la siguiente distribución.

Tabla 5.1.2.4. Medidas descriptivas de los valores de glicemia capilar.

Glicemia capilar	Mediana	Media	Desviación típica	Coefficiente variación	Mínimo	Máximo	N
Valores	1	1,0	0,2	0,1	0,56	3,4	536

Es de destacar, además, que se registraron muy pocos casos de glicemia capilar elevados (valores mayores o iguales a 4). A estas personas se les sugirió dar seguimiento a su situación en el prestador de salud que le corresponde (SAI-PPL o Sanidad Policial, según cárcel). Los testeos fueron realizados por enfermeras de los prestadores de salud, por lo que las instituciones tomaron conocimiento de las situaciones.

5.1.3. Riesgo

En esta sección se presentan los datos de factores de riesgo combinados. La definición de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles fue tomada de la encuesta ENFRENT 2, la cual se basa a su vez en la recomendación de la OMS. Como riesgo se consideró la presencia de alguno de los siguientes factores:

- a) Fumadora diaria.
- b) Consumo inferior a 5 porciones de fruta o verdura por día.
- c) Bajo nivel de actividad física⁶.
- d) Sobrepeso u obesidad (IMC \geq 25kg/m²).
- e) Presión arterial elevada (sistólica igual o mayor a 140 y/o diastólica igual o mayor a 90, también aquellos casos que actualmente están en tratamiento por hipertensión arterial).

Es difícil comparar con la encuesta ENFRENT porque la forma de medir consumo de fruta y verdura, y actividad física son diferentes. Por tanto, nos concentramos en observar la variación de la prevalencia de riesgo por zona, edad y tiempo de reclusión. Estos son factores que pueden estar asociados al riesgo.

Los resultados obtenidos son de interés. Los datos muestran que la prevalencia de riesgo bajo es influida por la edad de la persona, el lugar y el tiempo de reclusión. En el interior del país hay mayor prevalencia de riesgo bajo; las mujeres más jóvenes también tienen riesgo más bajo.

Es llamativo que la prevalencia de riesgo bajo es menor entre las personas que hace menos de un año que están recluidas y entre quienes están hace más de 3 años. El perfil de riesgo mejora entre las mujeres cuya reclusión es de entre 1 y 3 años.

Algo similar ocurre cuando se observa la prevalencia de riesgo alto. Las mujeres que ingresaron recientemente y las que están hace más tiempo recluidas tienen una mayor prevalencia. El tiempo en prisión parece una variable relevante en la condición de salud.

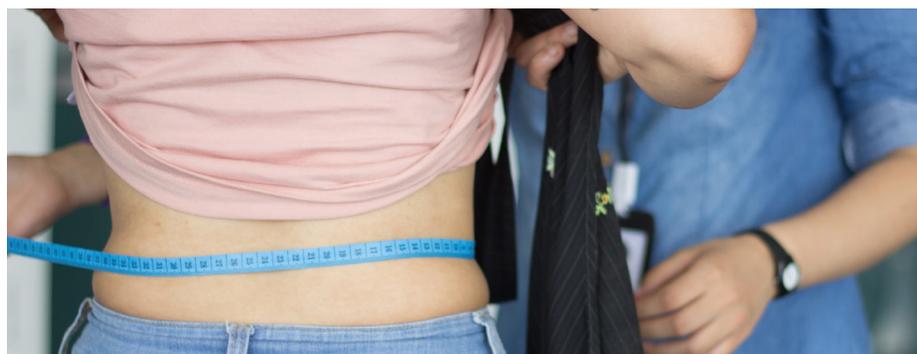


Tabla 5.1.3.1. Prevalencia de riesgo por zona, edad y tiempo de reclusión.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más	1 año o menos en reclusión	Entre 1 y 3 años en reclusión	3 años o más en reclusión
Prevalencia de riesgo bajo (ningún factor)	1,6%	0,6%	3,2%	3,3%	1,2%	1,6%	3,1%	0,0%
Prevalencia de riesgo alto (3 o más factores)	52,4%	55,7%	47,2%	42,5%	55,1%	54,3%	46,9%	50,0%

⁶ ENFRENT utiliza para la medición de actividad física el modelo del Global Physical Activity Questionnaire de OMS. El GPAQ mide la actividad física que la persona realiza al trabajar, en el tiempo libre y en los traslados. Con base en tiempo y actividad se definen los equivalentes metabólicos MET. El MET se define como 1 kilocaloría/kilo/hora. Por tanto, el bajo nivel de actividad equivale a <600 MET-min/semana. En el censo realizado no fue posible implementar esta metodología. Por ello, se tomó como criterio para considerar la baja actividad física la definida por estar sentada o en reposo más de 7 horas al día (además de las horas de sueño).

5.2. Enfermedades transmisibles.

5.2.1. Antecedentes en la semana previa a la medición: enfermedades respiratorias, infecciones en la piel, ardor al orinar

Como señala el informe de OPS, la incidencia de enfermedades infecciosas representa una carga sobre el sistema asistencial penitenciario que no es menor. Es clave contar con esta información para poder monitorear el estado de salud de las mujeres cis y trans privadas de libertad, y así cuidar la posible transmisión de estas enfermedades.

En el caso de las enfermedades respiratorias, como tos o catarro, se consultó si en las últimas dos semanas habían tenido algún síntoma relacionado. 22% de las entrevistadas afirmó que sí. Este guarismo es superior en Montevideo, que asciende a 25%, mientras que en el interior, 17% de las mujeres dijeron haber manifestado estos síntomas.

Respecto a una posible infección en la piel por tener una herida infectada, con supuración, costra o similares, solo 7% afirmó que sí, sin grandes diferencias entre las distintas regiones del país.

Finalmente, un síntoma asociado a las infecciones urinarias tiene que ver con sentir ardor al orinar. Al ser consultadas, una de cada diez de las mujeres afirmó que sintió ardor al orinar, sin registrarse grandes diferencias entre Montevideo (11%) y el interior (9%).

Tabla 5.2.1.1. Antecedentes de enfermedades en las últimas dos semanas.

		Total	Zona		Edad	
			Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Respiratorias	Si	22%	25%	17%	22%	22%
Infecciones en la piel	Si	7%	7%	7%	9%	6%
Ardor al orinar	Si	10%	11%	9%	10%	10%



5.2.2. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

Se consultó sobre los antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los últimos dos años. De acuerdo con lo manifestado por las mujeres privadas de libertad, 8% tuvo alguna ITS en los últimos dos años. Es un número que está bastante por debajo de lo detectado en 2015 por OPS (21%). La distribución de ITS es similar a la de 2015. El personal de salud de Montevideo destaca un incremento de los casos de sífilis⁷ durante 2019. No se cuenta con registros administrativos como para documentar esta percepción.

A 5% de las mujeres privadas de libertad se les diagnosticó sífilis, sin mayores diferencias entre Montevideo (6%) y el resto del país (4%). Tampoco se observan mayores diferencias en el diagnóstico según la edad. 2% de las mujeres recibieron diagnóstico de VIH positivo. No hubo casos detectados de Hepatitis C.

El HPV es la ITS más frecuente del mundo. Hay más de cien tipos de HPV. Algunos tipos son oncogénos y se los conoce como "de alto riesgo". El cáncer cervicouterino, uno de los cánceres más comunes en mujeres, es causado por determinados tipos de HPV. Una detección y tratamiento oportuno de HPV puede evitar la muerte asociada a este cáncer.

⁷ Personal de ASSE: En los últimos ingresos de este invierno, me llamó muchísimo la atención la cantidad de VDRL positivos (test de sífilis). Y a veces no le pueden explicar a la pareja porque no saben lo que es.

E: Hay un crecimiento en la población en general.

P. ASSE: Menos mal, porque yo empiezo a ver estas cosas y me empiezo a preocupar.

E: Un dato importante es que creció mucho la sífilis en personas en situación de calle, situación directamente conectada con la cárcel.

P. ASSE: Si, se ve mucho en las personas en situación de calle. En personas que vienen de otros contextos no. Antes no se veía mucho, venían de repente con BK (tuberculosis), pero no con sífilis. Nunca tuvimos epidemias de tuberculosis, por lo menos desde que yo estoy. Ahora hay 5 que las trajeron de la calle y no hay contagios internos. Y eso implica que estamos haciendo las cosas bastante bien.

E: ¿O sea tu decís que no hay contagios de sífilis ni de BK internos?

P. ASSE: No. Podrá haber uno cada tanto, pero no es lo común.

A pesar de ser la ITS más frecuente, solo a 1% de las mujeres privadas de libertad les fue detectado HPV. Una explicación posible es la falta de controles ginecológicos, en particular del Papanicolau.

Tabla 5.2.2.1. Antecedentes de ITS.

		Total	Mv-deo.	Inte-rior	18 a 24 años	25 años y más
¿Ha tenido o se le ha diagnosticado alguna ITS en los últimos dos años?	Sí	8%	11%	5%	9%	8%
	No	92%	89%	95%	92%	92%
¿Cuál?	Sífilis	5%	6%	4%	6%	5%
	VIH	2%	3%	0%	2%	2%
	HPV	1%	1%	0%	1%	1%
	Hepatitis C	0%	0%	0%	0%	0%
	Rehúsa responder	0%	0%	0%	0%	0%
	No tiene diagnóstico de ITS	92%	89%	95%	92%	92%



Entrevistador: ¿Eso es todo lo que se hace al ingreso?

Personal de ASSE: No, también le damos pase a odontólogo y a psiquiatra si necesita. Si el odontólogo está ya la ve en el momento. Habitualmente trabajamos en equipo.

A 90% de las mujeres entrevistadas en el censo se le realizó examen de VDRL para diagnosticar sífilis o testeo de VIH alguna vez. Esta cifra es igual a la reportada por el estudio de OPS en 2015. Los exámenes de ITS se realizan al ingreso de la persona al centro de privación de libertad y ASSE realiza un seguimiento del tratamiento. La siguiente cita es tomada de una entrevista a personal de salud de SAI-PPL de ASSE, que muestra el procedimiento en la Unidad 5 Femenino, cárcel de mujeres de Montevideo.

Sobre el ingreso:

Personal de ASSE: La persona llega y se le hace una constatación de lesiones. Como varias llegan en la tardecita o en la noche, nosotros no hacemos el ingreso ese mismo día. Pero sí le constatamos lesiones y vemos si precisan algo. De toda la parte de ropa, comida y baño se ocupa el INR. Nosotros le preguntamos cómo se siente, qué medicación crónica toma y si ha tomado la medicación. A los dos o tres días se hace el ingreso. El ingreso consta de un montón de preguntas protocolizadas: tiene datos patronímicos, enfermedades crónicas, enfermedades agudas, todo lo que tiene que ver con eso. Luego hacemos el test rápido de VIH, de VDRL y una baciloscopia para detectar tuberculosis. Si el test rápido da positivo o es dudoso, sacamos sangre venosa.

Sobre el seguimiento:

Entrevistador: ¿A qué le llaman patologías crónicas?

Personal de ASSE: Las patologías crónicas más comunes son: la hipertensión, la diabetes y la dislipemia, que no es de las más graves. Luego, lo que nos preocupa y seguimos muy de cerca son las ITS. Nosotros lo vemos y lo diagnosticamos acá. Si son tratables acá, las seguimos y nos aseguramos de que el tratamiento se complete; y luego nos aseguramos de que el seguimiento sea el correcto.

Entrevistador: Entonces ustedes hacen un seguimiento activo de la persona.

Personal de ASSE: Totalmente.

5.3. Otros aspectos de morbilidad

Los antecedentes de salud sobre enfermedades crónicas y agudas; así como las intervenciones quirúrgicas que hayan tenido las mujeres cis y trans privadas de libertad también fueron registrados.

A las mujeres censadas se les pidió, de forma declarativa, que indiquen si tienen algún tipo de enfermedad crónica o aguda. 34% de las mujeres dijo tener alguna de estas enfermedades.

En este sentido, 10% declaró tener algún tipo de enfermedad aguda. La más común fueron las infecciones urinarias, seguida por la tuberculosis. Como puede verse en la tabla 5.3.1, el interior del país concentra un porcentaje significativamente más alto de enfermedades agudas con relación a la capital, mientras que también se destaca una concentración mayor de enfermedades agudas en las mujeres más jóvenes.

Sobre las enfermedades crónicas, 24% de las mujeres privadas de libertad declara tener alguna enfermedad de este tipo. Asma es la más recurrente. Hipertensión, la segunda. Al contrario de lo que sucede en las enfermedades agudas, las patologías crónicas se concentran mayormente en la población de 25 años en adelante, con una distribución geográfica similar.

Tabla 5.3.1. Enfermedades agudas y crónicas.

	Total	Zona		Edad	
		Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Enfermedades agudas	9%	12%	16%	9%	22%
Enfermedades crónicas	24%	24%	19%	25%	6%

En lo que respecta a intervenciones quirúrgicas, 24% de las mujeres tiene antecedentes de este tipo. La cesárea es la intervención más común. Si se analiza por edad, 25% de las mujeres de más de 25 años tuvo intervenciones quirúrgicas. Mientras, una de cada cinco mujeres de 18 a 24 años tuvo alguna intervención de este tipo. No se observan diferencias entre Montevideo y el resto del país.

Tabla 5.3.2. Intervenciones quirúrgicas.

	Total	Zona		Edad	
		Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Tuvo intervenciones quirúrgicas	24%	23%	23%	20%	25%

5.4. Salud sexual y reproductiva

5.4.1. Papanicolau y mamografía

La recomendación del MSP respecto al Papanicolau (PAP) es realizarlo una vez al año luego de los 21 años. Por otra parte, la recomendación para mamografía tiene varias consideraciones. Citamos in extenso la guía elaborada por el MSP:

“No se recomienda tamizaje sistemático en el grupo de 40 a 49 años. Se recomienda discutir con la usuaria los beneficios y potenciales riesgos de realizar tamizaje mamográfico entre los 40 y 49 años ofreciéndole la realización del mismo si ella lo desea.

Se recomienda tamizaje mamográfico cada dos años entre los 50 y 69 años.

No se recomienda tamizaje mamográfico sistemático en el grupo de 70 a 74 años. Se sugiere discutir con la usuaria los beneficios y potenciales riesgos de realizar tamizaje mamográfico entre los 70 y 74 años, ofreciéndole la realización del mismo si ella lo desea. Es recomendable que este se realice cada 2 años.

No se recomienda realizar tamizaje mamográfico cada dos años en mujeres menores de 40 años ni en mayores de 74 años” (MSP, 2015, pág. 25).

En el censo se indagó acerca de la última vez que las mujeres se hicieron el PAP y la mamografía para determinar el cumplimiento de las pautas recomendadas para cada examen. Los datos revelan que en las edades en las que la pauta de salud marca que tiene que haber exámenes, una importante cantidad de mujeres quedan por fuera.

A 28% de las mujeres mayores de 21 años no se le realiza el PAP con la frecuencia recomendada (al menos uno en los últimos 3 años). Además, 18% nunca se hizo un PAP.

En el caso de las mujeres privadas de libertad, 4% de las mujeres mayores de 21 no se hizo un PAP en los últimos tres años. 23% se lo hizo en el último año, 17% se lo hizo hace entre uno y dos años y 12% se lo hizo hace entre dos y tres años. 28% de las mujeres mayores de 21 años hace más de tres años que no se hacen un PAP. En la comparación con ENFRENT se ve claramente la desigualdad con la población general. Según ENFRENT, 12% de las mujeres está por fuera de la pauta y sólo 10% nunca se hizo un PAP.

Tabla 5.4.1.1. Realización de PAP.

	Total	Menos de 21 años	21 años y más
Hace menos de 1 año	23%	11%	23%
Entre 1 año y menos de 2 años	17%	14%	17%
Entre 2 años y menos de 3 años	12%	6%	12%
Tres años o más	27%	9%	28%
Nunca	21%	60%	18%
No Sabe	1%	0%	1%

En cuanto a la mamografía, hay una alta proporción de mujeres entre 40 y 49 años que nunca se realizó el examen (47%) y 28% que no se lo realiza con la frecuencia recomendada. En el caso de las mujeres entre 50 y 69 años, una proporción importante nunca se realizó una mamografía (21%) y casi la mitad no se la realiza con la frecuencia indicada. En la comparación con el estudio de OPS, se percibe un aumento de las mujeres que no tienen el examen con la frecuencia que indica la pauta, manteniéndose la cantidad de mujeres que nunca se hicieron una mamografía. En el estudio de OPS se consideró al tramo de 40 a 64 años. En 2015 se detectó que 18% de las entrevistadas hacía más de 2 años que no se realizaba una mamografía, mientras que un 39% nunca se la había realizado. En el censo de Nada crece a la sombra, 32% de las mujeres entre 40 y 64 años se realizó mamografía hace más de 2 años y 40% no se hizo nunca. Hay un empeoramiento del acceso a la mamografía. Si se compara con los datos de ENFRENT, se observa una diferencia enorme entre las mujeres privadas de libertad y las mujeres que no habitan las cárceles. Según ENFRENT, solo 12% de las mujeres entre 40 y 64 años jamás se realizaron una mamografía. Por su parte, sólo 15% no se han realizado mamografía con la frecuencia indicada.

Tabla 5.4.1.2. Realización de mamografía*.

	Total	Menos de 40 años	40 a 49 años	50 a 69 años
Hace menos de 1 año	6%	2%	19%	18%
Entre 1 y 2 años	4%	3%	7%	12%
Entre 2 y 3 años	4%	2%	6%	30%
3 años o más	8%	4%	22%	18%
Nunca	76%	88%	47%	21%
No Sabe	1%	1%	1%	0%

* No se presentan datos de mujeres de 70 años o más porque son solo 3 casos.

Según el personal de salud de ASSE de la Unidad 5, los atrasos en los exámenes de PAP y mamografía se deben a que los mismos deben hacerse fuera de la cárcel ya que no hay consultorios ginecológicos dentro de las unidades:

Personal de ASSE: Nosotros necesitamos que alguien que se ocupe de lo ginecológico esté en el centro. No puede ser que tengamos que sacar [a la mujer privada de libertad] para que se haga el PAP porque no nos dan los tiempos, los móviles. No nos dan los recursos. Eso sería fabuloso. Además, tenemos un ecógrafo, que está ahí y nadie lo usa porque nadie sabe; y sabemos que funciona. Podríamos hacer ecografías, podríamos hacer PAPs. Esa sería una de las metas más importantes: Lograr que alguien se ocupe de la parte ginecológica.

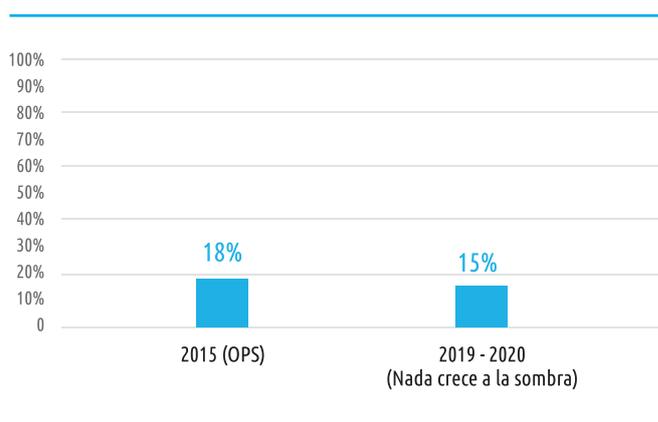
5.4.2. Relaciones sexuales en reclusión

Para conocer sobre las prácticas sexuales en las cárceles, se hicieron preguntas asociadas a las visitas conyugales y la sexualidad cotidiana, por fuera de las visitas. Se consultó sobre su frecuencia y el uso de condón, entre otras cosas.

Como se verá, en la comparación intertemporal el único elemento en que se produce un cambio importante es en el uso de condón.

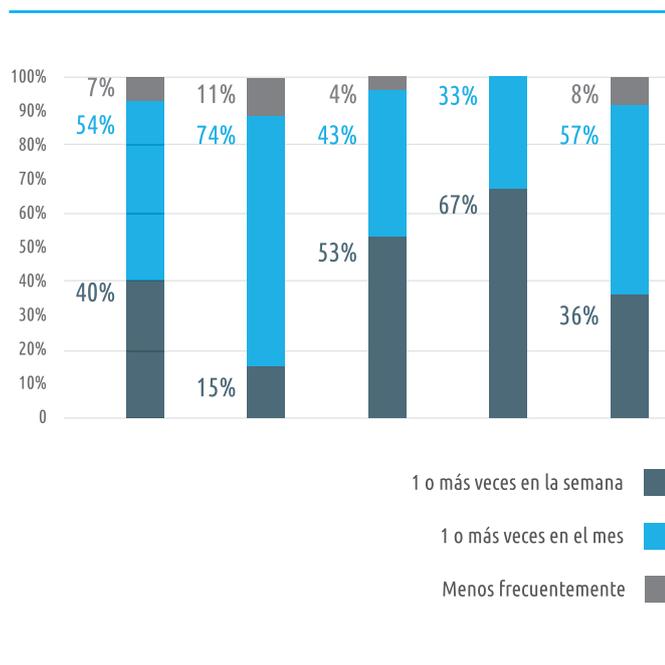
Respecto a las visitas conyugales, los datos muestran que siguen siendo pocas las mujeres privadas de libertad que reciben visitas: en 2015 solo 18% de las mujeres recibía visitas conyugales y en 2019 solo 15% recibió este tipo de visita.

Gráfico 5.4.2.1. Recibió visitas conyugales.



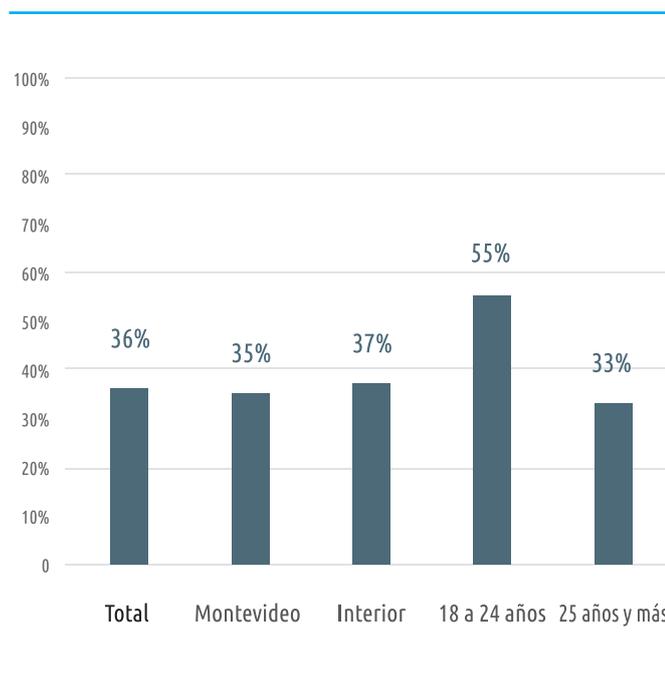
La frecuencia de las visitas conyugales se mantiene dentro de los valores que se presentaron en el estudio de 2015 (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016, pág. 48), aunque se produce una baja. Hay grandes variaciones entre Montevideo e interior, y por edad. Las mujeres privadas de libertad en el interior y las más jóvenes tienen más visitas conyugales. Varios factores pueden influir en estos resultados: el tipo de población que está en Montevideo y en el interior; y las condiciones para las visitas, entre otros.

Gráfico 5.4.2.2. Frecuencia con la que recibe visitas conyugales.



El uso de condón muestra un cambio importante, aunque sigue presentando valores bajos. En 2015 se reportó que sólo 6% de las mujeres que tenían visitas conyugales usaba preservativos. Según el censo de Nada crece a la sombra, 36% de las mujeres usa preservativos en las visitas conyugales. El uso de condón es mucho mayor en las mujeres jóvenes; y se podría inferir que la razón pueda asociarse a que la educación sexual de los últimos años haya influido en el aumento del uso de condón.

Gráfico 5.4.2.3. Usan condón en las visitas conyugales.



Las entrevistas con el equipo de salud de la Unidad 5 muestran que hay una permanente consejería en el tema y disponibilidad de métodos anticonceptivos, aunque hay una percepción de escasa respuesta por parte de las mujeres:

Entrevistador: Las personas pueden contraer infecciones de transmisión sexual por tener relaciones sexuales con otra persona dentro de la unidad o en la visita conyugal. ¿Cómo se maneja ese tema? ¿Ustedes hacen alguna recomendación a la persona?

Personal de ASSE: Hablamos todo el tiempo con ellas. Les explicamos todos los riesgos, tenemos todos los métodos anticonceptivos disponibles: preservativos masculinos, preservativos femeninos -que tenemos cero adherencia a ellos porque no los usan, no les gusta la idea-. Y después tenemos todos los que llevan a evitar el embarazo. Por colocación de DIU e implante van al hospital. Después tenemos el norignon, que es la inyección mensual. También las anticonceptivas orales, que ahora usamos el Femexin 28. Hay pacientes que han manifestado interés en la ligadura de trompas, y si el ginecólogo que la ve está de acuerdo se la lleva al hospital para que se lo haga.

Por fuera de las visitas conyugales, 8% de las mujeres dice tener relaciones sexuales en la cárcel. La frecuencia semanal es alta (52%) y hay una mayor frecuencia en Montevideo (59%) que en el interior (40%). El uso de condón en las relaciones dentro de la prisión es más bajo (23%) que en las visitas conyugales (36%).

Se consultó también sobre la violencia sexual en reclusión. 4% de las mujeres dijeron haber sido violadas en la cárcel. Fueron más las mujeres adultas (5%) que las jóvenes (2%) las que dijeron haber sido víctimas de una violación en prisión.

5.5. Salud mental

En el censo realizado, y siguiendo lo establecido en el estudio de OPS de 2015, se indagó sobre las conductas o situaciones que pueden ser indicativas o factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016, pág. 53 y ss.). Se exploró el beneficio de las visitas, la agresividad dirigida hacia una misma y hacia otras u otros, y el consumo de sustancias psicoactivas. Con respecto a las visitas y el consumo de sustancias psicoactivas se profundizó en capítulos previos (3.2 y 4.3 respectivamente).

Es importante destacar que una importante cantidad de mujeres (cerca al 30%) no recibe visitas, dada la importancia de los vínculos para la salud mental. Esto se ha mantenido estable desde la medición de 2015. No contar con visitas tiene influencia además en una peor alimentación y en el mayor consumo de alcohol.

La agresividad se indagó a través de dos indicadores: lesiones en el último año que requirieron atención de salud e indicadores asociados a la ideación suicida y los intentos de autoeliminación.

Tabla 5.5.1.1. Indicadores de lesiones por zona y edad.

		Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo lesionada y requirió atención de salud?	Si	27%	30%	24%	28%	27%
¿Estuvo hospitalizada por esas lesiones?	Si	34%	35%	33%	42%	32%
Causas de las lesiones	Ser golpeada por una o más personas	6%	7%	5%	5%	6%
	Herida con objeto cortante	6%	6%	5%	8%	5%
	Caída	5%	4%	6%	8%	4%
	Ser golpeada con un objeto	3%	4%	2%	1%	4%
	Quemadura	2%	2%	2%	1%	2%
	Recibir disparo de arma de fuego	1%	1%	0%	1%	1%
	Intoxicación	1%	0%	1%	2%	0%
	Mordida de animal	0%	0%	1%	1%	0%

5.5.1. Expresiones de agresividad: lesiones

Los indicadores de violencia interpersonal han aumentado respecto a la medición de 2015. Según el censo realizado, 27% de las internas declararon haber estado lesionadas en el último año. En 2015 eran menos: fueron 17%. Por su parte, 34% de las lesiones requirió hospitalización (estar al menos una noche internada), mientras que en 2015 solo 10% requirió atención de este tipo.

Las principales causas de lesión refieren a violencia interpersonal, como ser golpeadas o heridas con objetos punzantes, seguido por las caídas, los golpes con objetos y las quemaduras.

La mayor parte de las lesiones son causadas por agresiones (36%). 35% de las lesiones son accidentales y 17% de las lesiones son autoinfligidas.

La violencia autoinfligida está mucho más presente en el interior (23%) que en Montevideo (13%). También es más común en las mujeres más jóvenes (28%) que en las mayores de 25 años (14%).

Las agresiones son más comunes en Montevideo (40%) que en el interior (31%). Y están más presentes en las mujeres de más de 25 años (38%) que en las más jóvenes (31%).

Según el relato de operadoras y operadores penitenciarios y del personal de salud, no hay un énfasis en el crecimiento de la violencia interpersonal. En el caso del personal de salud, el principal indicador que tienen en cuenta son las muertes violentas y no hay registros de fallecimientos de este tipo en la Unidad 5, cárcel que nuclea a más de la mitad de las mujeres del país.

Sin embargo, las referencias asociadas a la violencia interpersonal son comunes en el relato de las mujeres privadas de libertad. De hecho, en la implementación de este censo en la Unidad 5, hubo que tomar medidas para que no se cruzaran personas pertenecientes a pisos o a los diferentes sectores porque había riesgo de conflicto entre ellas en caso de cruzarse. Estas últimas referencias y los indicadores cuantitativos prueban que la violencia interpersonal es un problema entre las mujeres privadas de libertad, aunque es de menor cuantía que en las cárceles de varones.

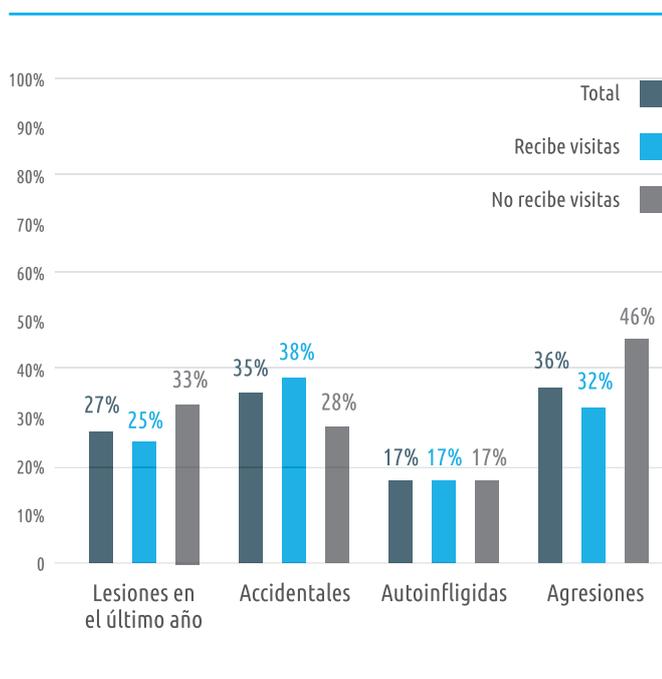
Tabla 5.5.1.2. Origen de lesiones por zona y edad.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Accidental	35%	33%	38%	36%	34%
Intencional: autoinfligida	17%	13%	23%	28%	14%
Intencional: agresión	36%	40%	31%	31%	38%
No sabe, rehúsa	12%	15%	8%	6%	14%

El gráfico que sigue muestra que las mujeres que no reciben visitas tienen más lesiones y refieren a más agresiones que las mujeres que reciben visitas. Las visitas pueden ser un factor importante en la predisposición a involucrarse en conductas asociadas a la violencia interpersonal.

En forma exploratoria se ha constatado que el tiempo en prisión también puede influir en las agresiones: las personas con más tiempo en prisión se involucran más en comportamientos violentos.

Gráfico 5.5.1.3. Relación entre lesiones y presencia de la visita.



5.5.2. Ideación suicida e intento de autoeliminación

La ideación suicida y el intento de autoeliminación (IAE) se indagaron en el marco del cuestionario cara a cara. Esto marca una diferencia importante con el estudio de OPS en el que esta pregunta se hacía en un formulario autoadministrado para que la persona responda anonimamente. Teniendo en cuenta esta diferencia, lo esperable es que el reporte del censo realizado por Nada crece a la sombra arrojará una cantidad menor de casos de ideación suicida e IAE. Precisamente, se realizan formularios autoadministrados para mejorar la veracidad de las respuestas por lo que significa asumir estas cuestiones frente a alguien. Sin embargo, los resultados de la encuesta realizada por Nada crece a la sombra son muy superiores a los registrados en 2015 y van en consonancia con los valores de violencia interpersonal y autoagresión que se presentaron en la sección previa. En este sentido, se vuelve a destacar que la confianza en el equipo fue clave para responder esta pregunta.

35% de las mujeres privadas de libertad tiene ideación suicida (22% en 2015), esto quiere decir que más de una de cada tres mujeres que están presas pensaron en matarse. 26% de las mujeres pensaron suicidarse en el último año. 22% de las mujeres que están presas internaron matarse estando en la cárcel, contra 12% en 2015. 14% intentaron matarse en el último año, contra 6% en 2015)⁸. La proporción de IAE se duplica en la comparación intertemporal. Los resultados reflejan un problema importante en materia de salud mental.

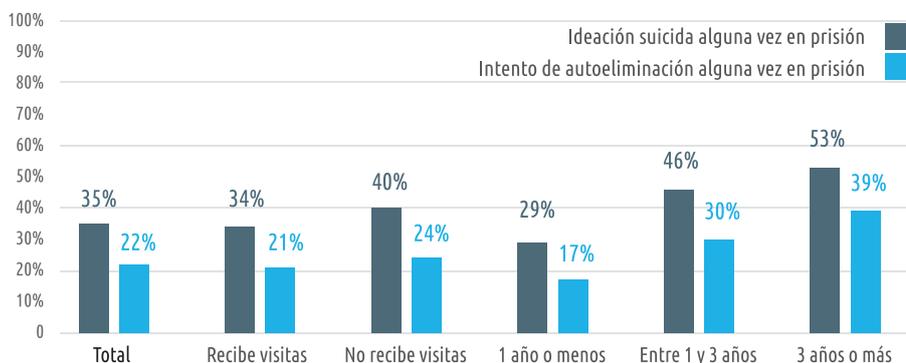
Tabla 5.5.2.1. Ideación suicida e intentos de autoeliminación.

	Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Ideación suicida alguna vez en prisión	35%	36%	35%	31%	37%
Ideación suicida alguna vez en el último año	26%	25%	27%	27%	25%
Intento de autoeliminación alguna vez en prisión	22%	23%	20%	23%	22%
Intento de autoeliminación alguna vez en el último año	14%	14%	14%	21%	12%

Los datos por zona y edad no presentan variaciones. Como se muestra en el gráfico que sigue, las visitas y el tiempo de reclusión sí explican parte de la variación de la ideación suicida y los IAE.

⁸ Los datos de 2015 provienen del estudio de OPS (Levcovitz, Fernández Galeano, Buño, & Benia, 2016, pág. 88 y 89).

Gráfico 5.5.2.2. Ideación suicida e intento de autoeliminación alguna vez en reclusión en relación con la visita y el tiempo de reclusión.



Las entrevistas con el equipo de salud mental de ASSE presentan algunos indicios interesantes para el abordaje de este problema. En primer lugar, explican que si bien hay IAE, no se han registrado casos de muerte por suicidio en el último año. A su vez, dicen que en general son pocas las muertes por suicidio en el caso de mujeres privadas de libertad. Como factores de riesgo asociados a los IAE, las profesionales señalan el peso de los roles familiares, la situación en que quedan fuera de la cárcel las hijas e hijos mientras dura la reclusión, la falta de visitas, las condiciones de reclusión, la falta de actividades y las situaciones de aislamiento.

Equipo Salud Mental de ASSE: En el caso de las mujeres, lo que vemos que afecta la salud mental directamente tiene que ver con el rol que ocupa la mujer a nivel social y familiar, que es a su vez lo que desencadena que una mujer termine presa. Lo que desencadena a nivel familiar, de los hijos, de las parejas. En general, el foco son los hijos. Muchas de las mujeres llegan con hijos institucionalizados o con hijos pequeños, entonces al momento de ingresar a la privación de libertad hay que resolver dónde y con quién se quedan. Hay familias que pueden hacerse cargo de los cuidados, pero hay niños que terminan siendo institucionalizados o se quedan con referentes familiares en situaciones de mucha fragilidad y precariedad. Eso es una preocupación permanente para las mujeres. Saber cómo están sus hijos, si están en un hogar, si los trasladaron, si no los trasladaron, todo lo que tiene que ver con la información judicial. Cuando hay desvinculaciones muy tempranas, incluso han habido situaciones en las que a veces no tienen claro si la hija o el hijo fueron dados en adopción o no. Hemos visto que desde el INR, y en particular desde la Subdirección Técnica, ha habido un esfuerzo por abordar mucho más esa área. Se han empezado a generar visitas de niños en un entorno más protegido. Pero toda esa parte es muy complicada. Por otra parte, hay cuestiones que pueden generar cambios importantes: una persona puede estar en una situación "estable", pero pasa algo vinculado con el afuera asociado con sus hijos o su familia y eso basta para que haya un quiebre.

Entrevistador: ¿Qué otras cosas les parece que son factores de riesgo?

Equipo Salud Mental de ASSE: En la privación de libertad de mujeres, las situaciones de aislamiento en general. Y, en particular, la situación de las mujeres que están en el quinto piso de la Unidad 5 (sector donde están las mujeres que por razones de seguridad están aisladas absolutamente). Ediliciamente, esta cárcel tiene sectores que tienen que mejorar muchas cosas, pero hay sectores que están en condiciones un poco más adecuadas que otras. Hay sectores donde las usuarias han permanecido sin luz, sin agua, y, en pleno invierno, sin abrigo. De hecho, se elevó un informe al respecto de parte nuestra. Es un riesgo para la salud en todos los aspectos: desde que se mueran de frío, se maten, o maten a la compañera de celda.



5.6. Salud bucal

Para el análisis de los datos de salud bucal se toma como referencia principalmente el estudio de OPS 2015. Se consideran también algunos indicadores del primer relevamiento nacional de salud bucal implementado por la Facultad de Odontología de la Universidad de la República en 2011 (Lorenzo & Álvarez, 2018). Debe tenerse en cuenta que las metodologías empleadas y los criterios para la definición del universo muestral son muy diferentes entre el censo llevado a cabo por Nada crece a la sombra y el relevamiento de la Facultad de Odontología.

5.6.1. Conductas, acceso a elementos para la higiene

La higiene dental diaria es alta en la población censada (89%) y también lo es el acceso a cepillo de dientes (95% siempre tiene acceso) y pasta de dientes (91% siempre tiene acceso). Las diferencias entre Montevideo y el interior son pocas, con una mayor proporción de personas en el interior que se higienizan diariamente (96%) y acceden a cepillo (98%) y pasta de dientes (95%).

Tabla 5.6.1.1. Higiene bucal.

		Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Lavado de dientes	2 o más veces por día	89%	84%	96%	93%	88%
	Una vez por día	5%	7%	2%	4%	5%
	2 a 3 veces al mes	4%	6%	1%	3%	4%
	Una vez al mes	1%	1%	0%	0%	1%
	Nunca	0%	0%	0%	0%	0%
	Rehúsa	1%	2%	1%	0%	2%
Acceso a cepillo de dientes	Siempre	95%	94%	98%	98%	95%
	A veces	3%	4%	2%	2%	3%
	Nunca	2%	3%	1%	1%	2%
	Rehúsa	0%	0%	0%	0%	0%
Acceso a pasta de dientes	Siempre	91%	89%	95%	94%	91%
	A veces	6%	8%	4%	5%	7%
	Nunca	2%	4%	1%	1%	3%
	Rehúsa	0%	0%	0%	0%	0%

5.6.2. Estado de la dentición y salud bucal

Los valores relativos a dentición funcional (20 dientes o más) y con pérdida severa (9 piezas o menos) se mantiene dentro de los valores registrados en la población acorde a los datos del primer relevamiento nacional para los segmentos de 15 a 24 años y de 35 a 44 años (Lorenzo & Álvarez, 2018)⁹.

La comparación con el estudio de OPS muestra que hay un crecimiento de la cantidad de personas con dentición funcional.

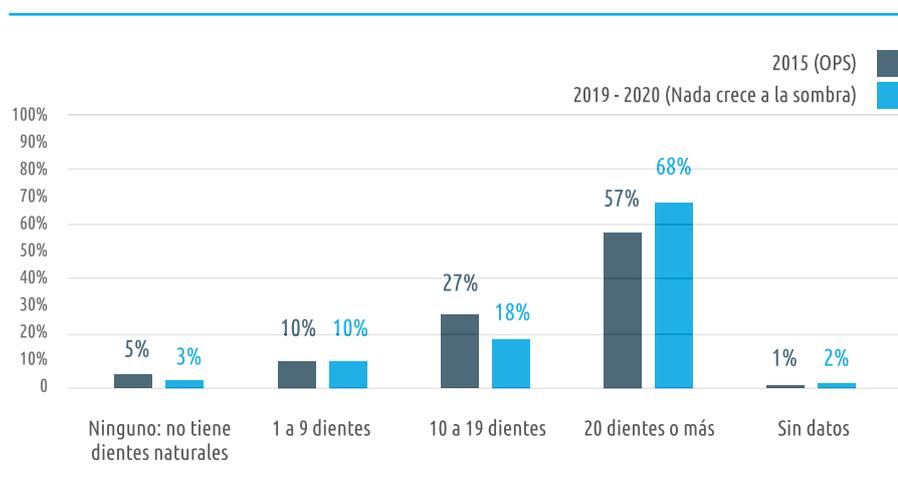
Como puede observarse en el gráfico, crece la cantidad de personas con 20 dientes o más: de 57% a 68%.

Se constata que 25% de las personas censadas tienen alguna prótesis. Prácticamente todas las personas que tienen prótesis la tienen en el maxilar superior (97%). Algunas además tienen en el maxilar inferior (22%).

La evaluación sobre la percepción del estado de los dientes y las encías muestra que una cuarta parte de las mujeres evalúa el estado de sus dientes como "malo o muy malo". Esta impresión está más presente en las mujeres de más de 25 años (28%). 11% de las mujeres evalúa como "malo y muy malo" el estado de sus encías (sin diferencias por zona o edad).

Los principales motivos que llevan a las mujeres a realizar consultas odontológica son los problemas agudos de dolor (33%) y la necesidad de tratamientos (33%). No se registran variaciones por zona y edad.

Gráfico 5.6.2.1. Cantidad de piezas dentales.



⁹ El primer relevamiento nacional construye muestras independientes para tres segmentos de edad (de 15 a 25 años, de 35 a 44 años y de 65 a 74 años), lo cual dificulta la comparación. La población en la prisión tiene una subrepresentación de las personas adultas y adultas mayores. Por esta razón, se toman los valores de dentición funcional y pérdida severa para las mujeres en los segmentos de 15 a 24 años (100% y 62% respectivamente) y de 35 a 44 años (0% y 15% respectivamente) (Lorenzo & Álvarez, 2018, pág. 33 y ss). Esta comparación debe tomarse como orientativa.

5.6.3. La atención odontológica

La comparación con el estudio de OPS muestra que hay un empeoramiento de la cantidad de personas que recibe asistencia odontológica.

Hay una disminución importante de la población que ha recibido atención por parte de un odontólogo en los últimos 6 meses (de 54% a 41%), y aumentan las que no han recibido atención en más de 1 año y más de 2 años.

En las entrevistas realizadas con el equipo de SAI-PPL de ASSE y el equipo de la Unidad 5 se constata que en 2019 hubo retrasos en la atención odontológica debido a problemas en la infraestructura de atención.

Personal de SAI-PPL: Estamos viendo de poder cambiar el consultorio odontológico de lugar porque la consulta está clausurada porque el consultorio está en el piso de arriba, donde están los baños, y se está lloviendo y caen aguas servidas.

Entrevistador: Pero no depende de ustedes.

Personal de ASSE: No, pero el problema es de ASSE porque para atender necesitás un consultorio. Entonces hay que mover todo. Porque el problema es estructural, y el INR lo puede resolver en la medida en que puede.

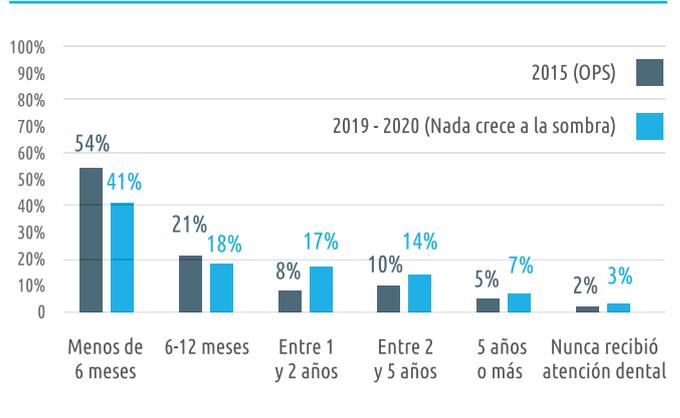
El diálogo con representantes de la Unidad 5 muestra que hay problemas recurrentes en la atención odontológica.

Representante de Unidad 5: Muchas veces, más allá de la organización, es poca la capacidad de atención que dan. La odontóloga no viene, entonces las internas quedan postergadas. Pasa mucho. Aparte de que muchas veces no viene o está de licencia, no mandan suplente, y así quedan postergadas las mujeres. Tienen muchos problemas con la parte edilicia en el sector donde está el consultorio. La otra vez, por ejemplo, se le llovía, y realmente no se podía usar el consultorio. Puede pasar que cuando está la asistencia y la disposición, pero no hay dónde atender.

Una forma de ilustrar los problemas de atención odontológica es observar los resultados del cruce entre la pregunta relativa a si ha experimentado dolor en dientes o boca en los últimos 12 meses y el tiempo de la última vez que visitó un odontólogo.

Casi la mitad (45%) de las mujeres han experimentado dolor en el último año. Cifra que sube a 57% entre las mujeres jóvenes (de 18 a 24 años). Entre las mujeres que han experimentado dolor, más de la tercera parte no ha recibido atención en el último año (36%). Esa proporción sube a 48% en el segmento de 18 a 24 años. Claramente, hay una situación de peor estado de salud bucal y atención que afecta más a la población más joven.

Gráfico 5.6.3.1. Tiempo desde la última consulta odontológica (comparación de estudios).



La comparación con el estudio de OPS muestra que hay un empeoramiento de la cantidad de personas que recibe asistencia odontológica. Hay una disminución importante de la población que ha recibido atención por parte de un odontólogo en los últimos 6 meses (de 54% a 41%), y aumentan las que no han recibido atención en más de 1 año y más de 2 años.

Gráfico 5.6.3.2. Cantidad de mujeres que ha tenido algún dolor o malestar en los dientes o en la boca en los últimos 12 meses.

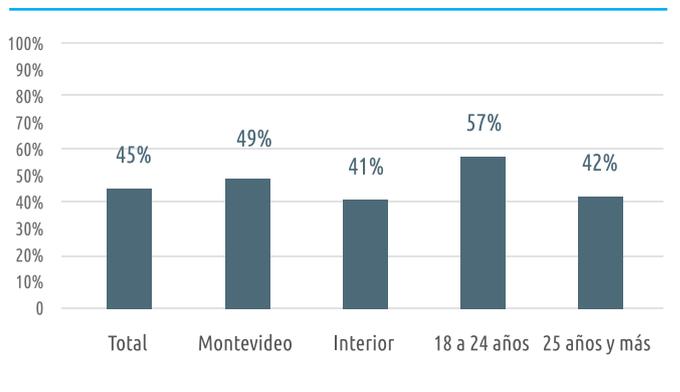
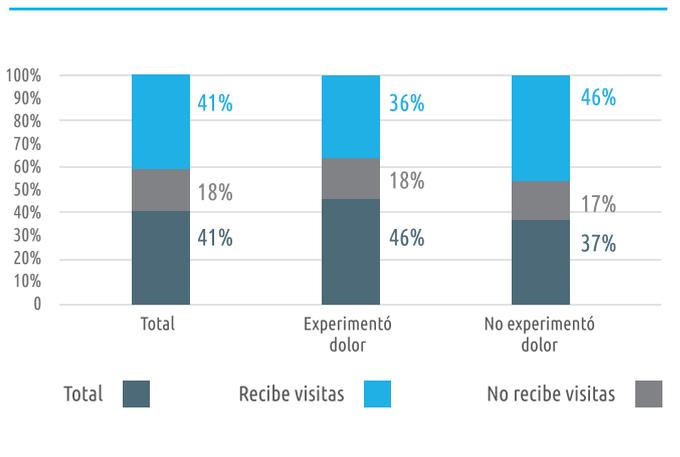


Gráfico 5.6.3.3. Relación entre manifestación de algún dolor o malestar en los dientes o en la boca y la recepción de visita.



5.7. Acceso a la atención de salud

El acceso a la atención de salud se indagó centrando las preguntas en las urgencias. Se considera la urgencia como un indicador clave de la facilidad de acceso a la atención de salud. En las entrevistas al equipo de SAI-PPL y el equipo de la Unidad 5 se profundizó en el enfoque global que se da a la atención en salud.

Según la indagación cualitativa en la Unidad 5, el análisis de las entrevistas revela que hay múltiples problemas en el acceso a la salud. A lo largo del informe hemos visto y profundizado en cada uno de ellos. Hay problemas de infraestructura; en el acceso a especialistas porque implica traslados fuera de la cárcel; en la forma en la que se proveen los psicofármacos (y que sin quererlo es afín a la existencia de tráfico de pastillas); y en el seguimiento de los tratamientos que requieren una alimentación especial, entre otros. Se detectan además problemas con las emergencias (porque no siempre hay personal de custodia); con la formación del personal de salud (en muchos casos no tienen formación específica en salud en contextos de encierro y hay poca difusión de la investigación local sobre salud en contexto de encierro); hay un escaso uso de datos para conocer la entidad y la evolución de los problemas de salud de la población en prisión; y se trabaja sobre la demanda diaria de atención, sin mayor capacidad de planificación a corto, mediano y largo plazo.

La pregunta relativa a la atención de urgencia muestra un profundo deterioro. En 2015, 32% de las mujeres percibía barreras en la atención de urgencia. Esta cifra más que se duplica en 2019: 69% de las mujeres privadas de libertad percibe barreras en el acceso a la atención. Al igual que en 2015, la principal barrera está en el personal de custodia (48%), pero ha crecido mucho la percepción de dificultades con el personal de salud (42%).

Muchos de los problemas detectados están relacionados a cómo se ha provisto el sistema de salud en las cárceles. La reforma carcelaria que se inició con la conformación del INR desplazó a Sanidad Policial y progresivamente fue poniendo a ASSE como el principal prestador de salud, a través de SAI-PPL. Este prestador logró abarcar la zona metropolitana pero no llegó a cubrir el resto del país (con excepción de los varones privados de libertad en Rivera). La intención política es que ASSE cubra a todas las cárceles del país, pero no se refleja en acciones para concretarlo.

Desde la Dirección de SAI-PPL de ASSE se planteó un cambio de paradigma y la necesidad de ampliación de la cobertura: “El proyecto plantea un cambio de paradigma en el modelo de asistencia sanitaria penitenciaria. Sus elementos están dispuestos en el cambio de modelo de gestión principalmente, en el modelo de atención, en el desarrollo humano y en la ampliación de la cobertura, porque somos los responsables de la salud penitenciaria a nivel país, pero hoy solamente lo estamos siendo a nivel metropolitano, con algunos satélites, como Rivera. Tenemos que proyectarnos a todo el sistema.

Enfatizó en el foco en el primer nivel de atención: “Posicionar a SAI-PPL como un prestador con foco en el primer nivel de atención. Partiendo de esa base, tenemos claro las prestaciones que tenemos que brindar, o el enfoque que deberíamos tener. Instalar como parte fundamental la estrategia de atención primaria en salud”.

Además, subrayó la necesidad de la capacitación del personal de salud: “Para implementar todo eso, debemos trabajar con funcionarios capacitados en todas las áreas. No solamente desde la especialidad misma, sino también desde lo macro. Desde dónde estamos y qué es lo que tenemos que hacer. Porque todo va a estar enmarcado en un territorio, que es la privación de libertad”.

Tabla 5.7.1 Barreras en la atención de urgencia y motivos según zona y edad.

		Total	Montevideo	Interior	18 a 24 años	25 años y más
Ante una situación de salud que usted considera como urgente, ¿tiene dificultades para lograr que la atiendan?	Si	69%	76%	60%	74%	68%
Por el personal de custodia	Si	48%	55%	40%	50%	48%
Por el personal de salud	Si	42%	48%	34%	46%	41%
Por otras personas privadas de libertad	Si	2%	3%	1%	3%	2%
Por otros motivos	Si	4%	4%	4%	4%	4%

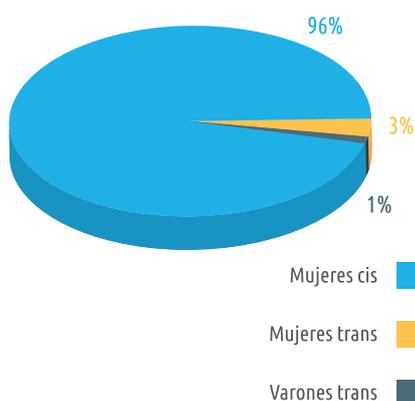
Población trans

6

El censo abordó la identificación de género y profundizó en las condiciones de salud de todas las personas trans del país: de las mujeres trans privadas de libertad, concentradas principalmente en la Unidad 4 Santiago Vázquez (ex Comcar), donde se alojan con varones, y en algunas cárceles del interior del país, donde están recluidas en los sectores para mujeres cis. También se abordó a los varones trans que habitan en las cárceles para mujeres.

Hay varias identidades de género: 96% de las personas censadas fueron mujeres cis, 4% mujeres trans y 1% se identificaron como varones trans.

Gráfico 6.1. Identidad de género.



En el caso de las mujeres trans se realizó un formulario particular con el objetivo de medir cuestiones relevantes para entender la situación de esta población. Presentamos primero los resultados de las preguntas específicas de la población de mujeres trans y luego un resumen de indicadores para la población trans en general. Fueron relevadas las 20 mujeres trans que estaban recluidas en ese momento. Por este motivo, presentamos frecuencias absolutas y relativas (presentar los porcentajes podría conducir a interpretaciones imprecisas).

Como se observa en los datos, la población de mujeres trans presenta vulnerabilidades en las condiciones previas a su reclusión: una parte importante ha ejercido el trabajo sexual y ha sufrido expulsiones, fundamentalmente del núcleo familiar y educativo. Muy pocas declaran haberse inyectado sustancias tóxicas.

Tabla 6.2. Preguntas específicas a mujeres trans.

		Frecuencias absolutas	Frecuencias relativas
¿Ha realizado trabajo sexual alguna vez?	Sí	8	40%
	No	11	55%
	No sabe No contesta	1	5%
¿Sufre o ha sufrido abuso sexual en reclusión?	Sí	2	10%
	No	17	85%
	No sabe No contesta	1	5%
¿Alguna vez se ha inyectado alguno o algunos de los siguientes productos tóxicos?	Nunca	15	75%
	Silicona industrial	2	10%
	Aceite de avión	1	5%
	Cera de auto	0	0%
	Otro	1	5%
¿Utiliza hormonización?	Sí, indicada por un profesional	5	25%
	Sí, sin indicación	4	20%
	No	10	50%
	No sabe No contesta	1	5%
¿Fue expulsada de su núcleo familiar?	Sí	6	30%
	No	13	65%
	No sabe No contesta	1	5%
¿Fue expulsada de su núcleo educativo?	Sí	6	30%
	No	13	65%
	No sabe No contesta	1	5%
¿Fue expulsada de su núcleo laboral?	Sí	3	15%
	No	16	80%
	No sabe No contesta	1	5%
¿Sintió discriminación dentro de la cárcel de parte de?	Otras personas privadas de libertad	10	50%
	Operadores penitenciarios	6	30%
	Policías	6	30%
	Autoridades	3	15%
	Otros	1	5%

Tabla 6.2. Indicadores de salud comparativos.

		Total Censo	Población trans	
			Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Días por semana en que come frutas	0	53%	56%	14
	1 día	15%	16%	4
	2 días	10%	8%	2
	3 días	6%	8%	2
	4 días	3%	0%	0
	5 días o más	14%	12%	0
	Total	100%	100%	25
Días por semana en que come verduras	0	23%	27%	7
	1 día	7%	12%	3
	2 días	7%	0%	0
	3 días	8%	12%	3
	4 días	5%	4%	1
	5 días y más	48%	46%	0
	No sabe/no contesta	1%	0%	0
	Total	100%	100%	26
Tiempo diario sentada o recostada	Menos de 7 horas diarias	47%	69%	18
	7 horas o más diarias	53%	31%	8
	Total	100%	100%	26
Fumadoras diarias	Si	72%	100%	26
Consumo de alcohol en los últimos 30 días	Si	30%	67%	10
Consumo de marihuana en los últimos 30 días	Si	24%	46%	12
Consumo de pasta base en los últimos 30 días	Si	7%	31%	8
Consumo de cocaína en los últimos 30 días	Si	6%	23%	6
Consumo de psicofármacos fuera de la indicación médica en los últimos 30 días	Si	21%	31%	8
Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles	Ninguno	2%	0%	0
	Uno	12%	21%	5
	Dos	33%	33%	8
	Tres o más	52%	46%	11
	No sabe/no contesta	1%	0%	0
	Total	100%	100%	24
Ideación suicida en el último año	Si	26%	27%	7
Intento de autoeliminación en el último año	Si	14%	19%	5
¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual?	Si	8%	27%	7
¿Cuál o cuáles?	Sífilis	5%	12%	3
	VIH	2%	15%	4
	HPV	1%	0%	0
	Hepatitis C	0%	0%	0
Dientes naturales	Ninguno - No tiene dientes naturales	3%	4%	1
	De 1 a 9 dientes	10%	8%	2
	De 10 a 19 dientes	18%	12%	3
	20 dientes o más	68%	69%	18
	No sabe/no contesta	2%	8%	2
Ante una situación de salud que considera urgente, ¿tiene dificultades para lograr que la atiendan?	Si	69%	54%	14

Son pocas las mujeres trans que han accedido a tratamientos de hormonización con la orientación de un profesional.

En lo que respecta a la violencia sexual, algunas declaran haber sido violadas en la cárcel.

Hay una clara percepción de discriminación por parte de otras personas¹⁰, siendo la más importante la que proviene de otras personas privadas de libertad.

El uso alcohol y drogas es altamente superior en la población trans, lo que puede deberse a la mayor presencia de redes de tráfico en el Comcar, donde la mayoría están recluidas. 67% consumió alcohol en los últimos 30 días, 46% fumó marihuana, 31% fumó pasta base, 23% tomó cocaína y 31% tomó psicofármacos fuera de la indicación médica. Además, todas fuman a diario.

27% de las mujeres trans tuvo ideación suicida en el último año y una de cada cinco mujeres trans se intentó matar en el mismo período.

La prevalencia de ITS es superior en la población trans, en particular de VIH y Sífilis.

¹⁰ Sólo 6 en 20 casos declaran no percibir discriminación de otras personas en la prisión.

Conclusiones

7

El censo realizado por Nada crece a la sombra ha permitido actualizar los datos de las mujeres y personas trans privadas de libertad en lo que respecta a su salud y los factores de riesgo que enfrentan.

A continuación se hará un resumen de los hallazgos más importantes. La salud en cárceles es un pendiente, que requiere del compromiso de la gestión, del involucramiento del sistema político y de la actualización continúa de datos para el diseño de políticas públicas acordes.

Factores de riesgo: alimentación, actividad física y consumo de sustancias

Los resultados muestran que hay diversos factores capaces de afectar la salud mental y física de las personas, aumentando las chances de provocar problemas de salud. Estos factores son de diversa índole, por tanto, los futuros abordajes que realice el INR para mejorar la situación deberán focalizar en distintas áreas.

Por mencionar algunas, la alimentación en la cárcel no es adecuada y esto conlleva riesgos. Los datos ilustran la situación. Hay un 23% de mujeres cis y trans que no consumen verdura nunca y un 53% que nunca consume fruta. Por su parte, las personas que sí comen verduras, consumen menos de una porción en promedio. La situación admite variaciones entre Montevideo e Interior, lo cual está influido por la dimensión de las prisiones. De todas maneras, es claro que el acceso de las mujeres cis y mujeres trans a los nutrientes esenciales no está asegurado por el sistema.

A esta situación hay que agregar que se detectan inconsistencias en las dietas especiales. No se pudo encontrar una explicación clara para la dieta que se da a las personas que viven con VIH y se pudo constatar que las dietas especiales muchas veces se usan como moneda de cambio entre las personas privadas de libertad.

Las entrevistas a personas asociadas al INR y a ASSE muestran que no parece haber una política de alimentación saludable en la prisión. La comida se elabora en base a los insumos que llegan a las cárceles y solo alcanza para hacer comidas de olla.

El sedentarismo y el consumo diario de tabaco es alto en la población estudiada, constituyéndose en dos factores de riesgo muy importantes para contraer enfermedades no transmisibles. La prevalencia de consumo diario de tabaco y el promedio de cigarrillos consumido están por encima de las referencias de la población general. Pero, además, aunque está prohibido fumar en espacios cerrados, se permite fumar dentro de las cárceles, lo que hace que la mayoría de las personas estén la mayor parte del día expuestas al humo del tabaco. Es importante la intervención sobre este factor por su asociación con enfermedades respiratorias o descompensaciones asmáticas.

Con respecto al sedentarismo, es claro que la medición actual muestra un empeoramiento de la situación respecto a la medición de OPS de 2015. La situación es peor entre las más jóvenes y las personas recluidas en el interior. La indagación cualitativa sobre las políticas relacionadas a la actividad física muestra que, al menos en la principal cárcel de mujeres del país, no parece haber una política clara al respecto. Peor aún, parece seguir existiendo la práctica de considerar la actividad física como un elemento sujeto a la lógica de premiación y castigo por conducta.

El consumo de psicoactivos es alto entre las mujeres cis y trans, particularmente de alcohol, marihuana y psicofármacos por fuera de la indicación médica, también de cocaína y pasta base. Como son sustancias prohibidas dentro de las cárceles, se presume que además puede haber una subdeclaración del uso de estas sustancias. Se han detectado condiciones que favorecen el consumo de psicofármacos, en particular, la forma de administración. El punto clave en estos resultados es entender por qué el consumo de psicoactivos es alto, más aún cuando solo el tabaco está permitido. Se requiere más investigación al respecto, pero el contacto con funcionarios, personal de salud e internas muestra que el sufrimiento dentro de la prisión, la preexistencia de comportamientos adictivos o dependientes y el ocio son factores que promueven el uso de psicoactivos.

Se necesita una política preventiva que aborde la alimentación, la actividad física y el apoyo en el uso problemático de sustancias para mejorar los factores de riesgo que hoy tienen las mujeres que están presas. Las entrevistas realizadas a funcionarios de INR y personal de ASSE muestran que hay preocupación por estos temas, pero aún no hay una política de prevención establecida. En este sentido, se constata que no se usan datos poblacionales para conocer el estado de salud de las mujeres privadas de libertad y tomar decisiones en función de la situación. Los datos no están digitalizados, lo cual dificulta la consulta y planificación en función de las situaciones que se enfrentan. Esto es clave en el centro de reclusión más grande: la Unidad 5.

Detección y seguimiento de enfermedades.

En el caso de las enfermedades no transmisibles, los antecedentes de controles de presión arterial, glicemia y colesterol mantienen los mismos valores que los detectados en 2015 por OPS. Hay más controles de presión, en segundo lugar están los de glicemia y por último los de colesterol. Las personas con diagnóstico de presión alta ha crecido de 15% a 24%, se ha mantenido la cantidad de personas con diagnóstico de

glicemia alta y ha disminuido la cantidad de personas con diagnosticadas con hipercolesterolemia (de 25% a 14%). Los indicadores de tratamiento de estas afecciones muestran variaciones con respecto a 2015, lo cual no es posible explicar en base en los datos recogidos. Hay menos personas con indicación de tratamiento por hipertensión arterial, aunque hay más personas con indicación de tratamiento en el caso de diabetes e hipercolesterolemia. Los tratamientos en ningún caso llegan al 60% de la población diagnosticada. El problema más importante señalado por el personal de salud del seguimiento de las enfermedades no transmisibles es el que tiene que ver con las dietas especiales. El personal de salud prescribe tratamiento, pero es difícil que la cárcel pueda proveer de la alimentación adecuada, quedando en las posibilidades de la persona diagnosticada el poder cumplir o no con la dieta. Es un tema importante el tratamiento de estos problemas de salud por su impacto en enfermedades que pueden conducir a la muerte de la persona. Estas dificultades se suman a la falta de actividad física y el sedentarismo en el contexto de la prisión.

Respecto de las infecciones de transmisión sexual, se mantiene una alta proporción de mujeres cis y trans con exámenes de Sífilis y VIH previo al ingreso a prisión. Hay establecido un procedimiento para el diagnóstico al momento del ingreso y una pauta de seguimiento de la persona una vez que ha sido diagnosticada. Se detectó una dieta especial para personas con VIH, pero no se pudo determinar con qué criterio se plantea esa dieta, ni quien ni por qué se ha fijado.

Tanto en el caso de las enfermedades no transmisibles como en las infecciones de transmisión sexual, un problema importante que han destacado los equipos de salud es el seguimiento de la persona una vez que sale de la cárcel. Los registros de la historia clínica de la persona quedan en papel en la prisión y no necesariamente hay articulación con policlínicas de afuera. Es un tema clave a desarrollar la digitalización de las historias médicas y el seguimiento de los tratamientos en las personas diagnosticadas en prisión.

Salud sexual y reproductiva

Hay notorios problemas para asegurar los derechos de mujeres para acceder al PAP y a la mamografía. El estudio muestra que la proporción de mujeres, fuera de la pauta establecida por el MSP, es notoriamente superior a las cifras registradas en la población general. 46 % de las mujeres mayores de 21 años censadas no se hizo un PAP en los últimos tres años y 28% que no se lo realiza con la frecuencia recomendada. El principal problema señalado por autoridades y funcionarios de ASSE es la inexistencia de una clínica ginecológica en la Unidad 5, principal cárcel de mujeres. Como consecuencia, hay que trasladar a las mujeres para hacerse los exámenes y esto siempre está condicionado por la poca disponibilidad de móviles y personal de custodia. Además, implica un costo logístico y operativo importante. Es urgente la resolución de este problema para garantizar los derechos de las mujeres privadas de libertad.

La cantidad de mujeres cis y trans que reciben visitas conyugales es baja. No está claro si esto es consecuencia de las posibilidades que ofrecen las cárceles o del abandono que atraviesan las mujeres cuando caen presas. El uso de condón en estas visitas, así como en las relaciones sexuales dentro de la cárcel ha crecido fuertemente con respecto

a los valores registrados por OPS en 2015, aunque en ningún caso llega al 40% de las personas que declaran tener relaciones sexuales. Las entrevistas muestran que hay una consejería permanente y amplia disponibilidad de preservativos. Las situaciones de violación y violencia sexual a mujeres siguen en valores que son altos, teniendo en cuenta el promedio registrado por OPS en 2015 para todo el sistema penitenciario (4% para mujeres cis y trans en 2019 versus 1% como promedio del sistema penitenciario en 2015). Esta situación de violencia se enmarca en un crecimiento de la violencia interpersonal en la cárcel

Los principales indicadores de salud sexual y reproductiva muestran valores preocupantes y en algunos casos un empeoramiento con respecto a mediciones anteriores. Es importante un abordaje integral de estos problemas que asegure el acceso a derechos de las mujeres cis y trans y mejore las condiciones de vida en la prisión. En función de los datos recogidos siguen vigentes dos de las conclusiones del estudio de OPS: la adecuada aplicación de las pautas de los estudios preventivos es importante para asegurar derecho a una vida sexual y a decisiones reproductivas; y los equipos de salud deben poder explorar y tener capacidad de abordar las situaciones de violencia sexual.

Salud mental, violencia interpersonal, ideación suicida e intentos de autoeliminación

El estudio realizado por Nada crece a la sombra muestra un crecimiento de la violencia interpersonal en la población de mujeres cis y trans en privación de libertad (con respecto a la medición de 2015 de OPS). Algunos datos ilustran la situación: 27% de las mujeres declararon haber estado lesionadas en el último año (contra 17% en 2015); 34% de las lesiones requirió hospitalización (contra 10% en 2015). Las principales causas de lesión refieren a violencia interpersonal (ser golpeada o herida con objetos punzantes) y más de la tercera parte de las lesiones son por agresión de otras personas. La violencia autoinfligida, por su parte, está mucho más presente en el interior que en Montevideo, y es más común en las mujeres jóvenes que en las mayores de 25 años. La ideación suicida y los intentos de autoeliminación son altos sin variaciones importantes por edad ni zona. Las entrevistas con personal de salud muestran que, si bien hay diferentes dispositivos para atender las situaciones de salud mental, predomina la precariedad en la atención y las dificultades de articulación entre los diferentes equipos que trabajan en las cárceles. La atención suele estar centralizada, no se recorren los espacios de convivencia ni las celdas, por lo que la persona tiene que lograr el acceso. Esto hace que la atención no llegue a todas de la misma manera. Por otra parte, las condiciones en la atención no son las mejores para una consulta psicológica, según relata el personal de salud. Por último, hay un esfuerzo de coordinación para derivar a las personas a las actividades socioeducativas y laborales que hay para ayudarla en su estadía en la prisión, aunque son incipientes. Las particularidades de la vida en prisión, así como las condiciones que tienen las mujeres (un tercio no recibe visitas, por ejemplo) demandan un abordaje de salud mental diferenciado. En este sentido, la formación del personal de salud es importante, tanto para tener recursos para abordar las situaciones de violencia como para detectar en forma precoz los síntomas vinculados al riesgo de suicidio o de comportamiento violento hacia otras personas.

Bibliografía

Álvarez, R.; Bonapelch, S.; González, F.; Rodríguez, M. J. (2015) Segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Castelli, L.; Rossal, M.; Keuroglan, L.; Ramírez, J.; Suárez, H. (2019) Desarmando tramas: dos estudios sobre consumo de drogas y delito en población privada de libertad. Universidad de la República y Junta Nacional de Drogas. Uruguay.

Comisionado Parlamentario Penitenciario (2020) Informe anual 2019. Parlamento. Uruguay Recuperado el 30 de 11 de 2020, de <https://parlamento.gub.uy/cpp/documentos>

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

Lorenzo, S. & Álvarez Vaz, R. (2018) Relevamiento nacional de salud bucal de jóvenes y adultos uruguayos 2011. Universidad de la República y Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2014) Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2015). Guía de práctica clínica de detección temprana del cáncer de mama: tamizaje y diagnóstico precoz. Uruguay.

Ramírez, J.; Keuroglan, L.; & Suárez, H. (2019) Segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas. Junta Nacional de Drogas. Uruguay.

Ramírez, J.; Keuroglan, L.; & Suárez, H.; Baudean, M.; Brito, M.; Coraza, P. (2019) Monitoreo y evaluación de la Ley 19.172: aplicación justa de la ley y seguridad y convivencia. Junta Nacional de Drogas. Uruguay.

Vigna, A. (2012) Análisis de datos del I Censo Nacional de Reclusos, desde una perspectiva de Género y Derechos Humanos. Uruguay.

