

# SALUD Y ENFERMEDAD EN CONDICIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

## Diagnóstico Epidemiológico



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



Proyecto

*“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”*

**Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”**

# **SALUD Y ENFERMEDAD EN CONDICIONES DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD Diagnóstico Epidemiológico**



Este proyecto está financiado  
por la Unión Europea



**PRESIDENCIA**  
OFICINA DE PLANEAMIENTO  
Y PRESUPUESTO



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



PROGRAMA DE  
**JUSTICIA E INCLUSIÓN**

## Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico. Montevideo: OPP, mayo 2016.

1. Prisiones-tendencias.
2. Prestación Integrada de Atención de Salud.
3. Adolescente.
4. Adulto.
5. Estudios Transversales
6. Enfermedad Crónica-epidemiología.
7. Salud Bucal-tendencias.
8. Salud Mental-tendencias.
9. Enfermedades Transmisibles-epidemiología.
10. Uruguay-epidemiología

ISBN: 978-9974-8561-0-3

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: [pwr@uru.ops-oms.org](mailto:pwr@uru.ops-oms.org); Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

**© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.**

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.806 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)

## COORDINACIÓN DEL PROYECTO PPL - OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

## COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

## CONSULTOR RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Wilson Benia

## CONSULTORA SUPERVISORA DEL TRABAJO DE CAMPO

Griselda Bittar

## CONSULTOR RESPONSABLE DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Ramón Álvarez

## TRABAJO DE CAMPO

Irin Álvarez  
Daniel Benítez  
Fabián Benítez  
Lorenzo Cobas  
Leonardo Chapini  
Ramón Eirin  
Ana María Falótico

Gerardo González  
Mariana Genta  
Andrea Herrera  
Adrián Jáuregui  
Gladys Lucas Tort  
Álvaro Márquez  
Pablo Neira

Daniela Ríos  
Raúl Rodríguez Álvarez  
Raúl Rodríguez González  
Ricardo Sosa  
Cristina Tur  
Mariano Velázquez  
Sandra Vergara



**Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,  
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"**



El Programa de Justicia e Inclusión busca contribuir a la mejora del sistema de justicia penal a través de dos líneas centrales de trabajo: por una parte, promoviendo las reformas del Código del Proceso Penal y del Código Penal y su posterior aplicación; y por otra, fortaleciendo el proceso de reforma penitenciaria en el sistema de adultos y la reforma institucional en el sistema de adolescentes, con vistas a contribuir a la mejora de las condiciones de vida y condiciones de egreso de las personas que, habiendo infringido la ley penal, cumplen procesos y condenas establecidos por la justicia, en un marco respetuoso con la protección de los Derechos Humanos.

En tal sentido, los objetivos del Programa se dirigen a favorecer la reforma integral de la política de justicia penal; contribuir a la mejora de las condiciones de vida de personas privadas de libertad, adultas y adolescentes, con especial atención a las áreas de salud, educación y trabajo, promoviendo la inclusión social; y mejorar el trato y la convivencia en los centros de privación de libertad, mediante la capacitación y formación continua de los funcionarios a cargo, a fin de colaborar en la disminución de la violencia y adecuar las prácticas a los estándares internacionales en esta materia.

El Programa de Justicia e Inclusión -Convenio de financiación DCI-ALA/2011/22498)- es un proyecto de cooperación internacional firmado entre el Gobierno Nacional, a través de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, y la Unión Europea, ejecutado entre los años 2011 y 2016.. Su presupuesto asciende a cinco millones de euros donados por la Unión Europea.

Para concretar las acciones, el Programa de Justicia e Inclusión interactúa con todos los poderes del Estado -Legislativo, Judicial y Ejecutivo-. En forma específica, dentro del Ejecutivo, participan: Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, Administración de Servicios de Salud del Estado, la Administración Nacional de Educación Pública, Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (ex SIRPA) y Secretaría Nacional de Drogas.

Participan también en la ejecución de la acción la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Panamericana de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo junto a la Corporación Nacional para el Desarrollo. Este acuerdo multilateral entre organismos públicos y de cooperación internacional ha permitido sumar la experiencia específica de cada una de las agencias implicadas y genera sinergias con otras experiencias de cooperación internacional en relación con el sistema de justicia penal.

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto, en su rol coordinador, contribuye al proceso de reforma del sistema de justicia penal con una mirada transversal de las políticas de Estado, apoyando el diseño e implementación de las acciones integrales y las reformas institucionales que implica este proceso, desde el momento en que el Parlamento estudia y dicta la norma, hasta la ejecución de los programas de educación y salud en cárceles, pasando por todo el proceso penal conforme a la protección integral de los Derechos Humanos.

El estudio desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), presentado en este documento, representa un diagnóstico extenso de la situación de salud de las personas privadas de libertad, sus factores de riesgo, las condiciones medioambientales, y acceso a la atención sanitaria en los centros de privación de libertad.

Juan Fernández Trigo  
Embajador de la Unión Europea  
en Uruguay

Pablo Álvarez  
Coordinador General de la Oficina de  
Planeamiento y Presupuesto  
Coordinador del Programa de Justicia  
e Inclusión

## CONTENIDOS

<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS .....</b>	<b>9</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>15</b>
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>17</b>
<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>21</b>
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>23</b>
<i>Tipo de estudio.....</i>	<i>23</i>
<i>Universo y muestra.....</i>	<i>23</i>
<i>Instrumentos de recolección de datos. ....</i>	<i>25</i>
Formulario de entrevista .....	25
Formulario autoadministrado.....	26
Variables estudiadas .....	27
<i>Procedimiento de recolección de los datos.....</i>	<i>28</i>
Capacitación previa y prueba piloto .....	29
<i>Desarrollo del relevamiento. ....</i>	<i>31</i>
<b>RESULTADOS y DISCUSION.....</b>	<b>35</b>
<i>Caracterización de la población privada de libertad.....</i>	<i>35</i>
<i>La situación de privación de libertad.....</i>	<i>38</i>
<i>Aspectos vinculados a las Enfermedades No Transmisibles .....</i>	<i>38</i>
<i>Aspectos vinculados a Lesiones y Violencias .....</i>	<i>45</i>
<i>Otros aspectos de Morbilidad.....</i>	<i>47</i>
<i>Aspectos de la Salud Sexual y Reproductiva .....</i>	<i>47</i>
<i>Aspectos de la Salud Mental.....</i>	<i>53</i>
<i>Aspectos vinculados a la Salud Bucal .....</i>	<i>59</i>
<i>Aspectos vinculados a la Hospitalización .....</i>	<i>61</i>
<i>Barreras en la Atención de Urgencia.....</i>	<i>63</i>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo 1. Tablas y cuadros complementarios.....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo 2. Cuadro síntesis de resultados.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos. ....</b>	<b>95</b>





## SIGLAS Y ABREVIATURAS

**ASSE:** Administración de los Servicios de Salud del Estado

**CIAF:** Centro Integral de Atención Femenino

**CEDD:** Centro de Evaluación, Diagnóstico y Derivación

**CHLAEP:** Comisión Honoraria Para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

**CIEDD:** Centro de Ingreso, Estudio, Diagnóstico y Derivación

**CND:** Corporación Nacional para el Desarrollo

**DDHH:** Derechos Humanos

**DDSSRR:** Derechos Sexuales y Reproductivos

**DIGESA:** Dirección General de la Salud

**DNSP:** Dirección Nacional de Sanidad Policial

**ELISA:** Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay

**ENFRECNT:** Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

**ENT:** Enfermedades No Transmisibles

**HTA:** Hipertensión Arterial

**IAE:** Intento de Autoeliminación

**INAU:** Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

**INISA:** Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

**INR:** Instituto Nacional de Rehabilitación

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual

**JAJ:** Jóvenes con antecedentes en la Justicia

**MI:** Ministerio del Interior

**MIDES:** Ministerio de Desarrollo Social


**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPP:** Oficina de Planeamiento y Presupuesto

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**OR:** Odds Ratio



**PAP:** Test de Papanicolaou  
**PPL:** Personas Privadas de Libertad  
**RL:** Regresión logística  
**RM:** Reglas Mínimas  
**RS:** Revisión sistemática  
**SIRPA:** Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente  
**SSyR:** Salud Sexual y Reproductiva.  
**TC:** Trabajo de campo  
**TB:** Tuberculosis  
**TNR:** Tasa de no respuesta  
**UdelaR:** Universidad de la República  
**UIDDZM:** Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de zona metropolitana  
**UIPPL:** Unidad de Internación de personas privadas de libertad  
**UPM:** Unidades primarias de muestreo  
**USM:** Unidades secundarias de muestreo  
**VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory  
**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

**Aclaración:** *Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.*


## RESUMEN

Los registros disponibles de morbilidad prevalente en los centros penitenciarios de Uruguay muestran que en el país no se cuenta con información consolidada, suficiente y de calidad.

En el marco del Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socio-económica de las personas privadas de libertad – Sector de intervención Salud en Centros de Privación de Libertad”, el estudio se propuso como objetivo general *realizar el diagnóstico epidemiológico de la población de los centros de internación para personas adultas y adolescentes en privación de libertad, a efectos de contar con una línea de base para la formulación y diseño de un sistema integral de atención a la salud, con énfasis en atención primaria, para el sistema penitenciario uruguayo*. Los objetivos específicos del estudio se orientaron a evaluar en forma prioritaria los siguientes problemas de salud: antecedentes personales de patologías, infecciones de transmisión sexual (sífilis, VIH-Sida), tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, violencias, consumo problemático de sustancias psicoactivas, suicidios e intentos de autoeliminación, problemas de salud bucal y factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se trabajó con un marco muestral formado por 37 centros penitenciarios. El diseño muestral fue multietápico estratificado por conglomerados donde las unidades primarias de muestreo (UPM) fueron los centros de reclusión y las unidades secundarias de muestreo (USM) fueron los internos/as, seleccionados por muestreo aleatorio sistemático. Se estudió una muestra de 832 personas privadas de libertad (PPL), en función del nivel de precisión definido (5%), con un nivel de confianza del 95%, para medir prevalencias esperadas cercanas al 10%, para los niveles de desagregación necesarios (por sexo, tramo etario), considerando una población de 10.000 personas privadas de libertad y una eventual tasa de no respuesta del 25%. Fueron provenientes de 18 Unidades de Internación de PPL, con sobre representación de mujeres y adolescentes.

La recolección de los datos estuvo a cargo de médicos y enfermeros que integran los equipos de atención a la salud de las PPL, debidamente capacitados para el trabajo de campo, y supervisados por un integrante del equipo de investigación designado a tales efectos. Las entrevistas se desarrollaron entre el 15 de marzo y el 29 de mayo de 2015. Se utilizó un formulario diseñado en base a una adaptación del Instrumento STEPS v2.1, método “STEPwise” de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, salud mental, salud bucal y lesiones; teniendo en cuenta las características específicas de la población, se incluyeron baterías de preguntas para evaluar agresiones, HIV, sífilis, tuberculosis, así como acceso a servicios de atención. Se complementó con un cuestionario auto-administrado, anónimo y confidencial que llenó el propio encuestado, a efectos de indagar cuestiones relativas al consumo de alcohol y otras sustancias



psicoactivas, prácticas sexuales, riesgo de suicidio y barreras de acceso a la atención de urgencias. Se realizaron mediciones de presión arterial, peso y talla. Una vez obtenido el consentimiento informado se aplicaron test rápidos para tamizaje de VIH y sífilis, y para medición de glucemia y colesterolemia.

Las 18 UIPPL fueron relevadas logrando aplicar los formularios al 83% de los internos seleccionados, alcanzando un tamaño de muestra suficiente para el análisis.

Se realizó el control de calidad de los datos mediante supervisión en terreno de la tarea de los encuestadores, la revisión crítica todos los formularios antes de ingresarlos a la base de datos, y la reiteración de la encuesta en casos seleccionados para evaluar la fiabilidad y concordancia de los datos.

Los resultados ponen de manifiesto algunos elementos relevantes para avanzar en la definición de la estrategia de atención a la salud en el sistema penitenciario, en lo que respecta al perfil de morbilidad prevalente de las PPL, la incidencia de algunos problemas de salud, así como la magnitud y nivel de exposición a determinantes socio ambientales del proceso salud-enfermedad.

El estudio mostró una población predominantemente masculina (94%) y joven, con un promedio de edad de 31 años. Las mujeres presentaron un promedio de edad 2 años más alto y mayor nivel educativo. La tasa de reincidencia se aproximó al 50% y un tercio de los casos había tenido medidas privativas de libertad como adolescentes.

En el campo de la salud mental, desde una perspectiva preventiva y de la relevancia de las redes de sostén, es relevante el resultado de que entre la población femenina la falta de visitas alcanzó al 29%, significativamente mayor que en los varones (18.3%). Se destaca el antecedente de lesiones autoinfligidas reportado por el 18% de las PPL. El 13.2% refirió el antecedente de IAE en reclusión; entre los adolescentes este guarismo llegó al 11.6%. La marihuana y los psicofármacos fueron las sustancias psicoactivas más consumidas en el ámbito penitenciario. La prevalencia de consumo de marihuana en el último mes alcanzó el 35% entre los varones, el 8% de las mujeres y el 28% de los adolescentes. El 2.6% de las PPL afirmó consumir alcohol a diario.

Entre las variables vinculadas a la salud sexual y reproductiva se destaca que solo el 40% recibe visitas íntimas, con una frecuencia significativamente menor entre las mujeres. El uso del preservativo fue consignado solamente por el 14%. El 4.5% de las PPL manifestó tener relaciones sexuales por fuera de la visita íntima. El antecedente de alguna ITS en los dos últimos años se presentó en el 6.5%. La tasa de prevalencia de personas que viven con VIH ascendió al 1.3%, con una tasa mayor en las mujeres (3.6%). La tasa de incidencia de sífilis activa ascendió al 0.9%, de los cuales se estima que solo un tercio está en tratamiento.

Respecto a las ENT y sus factores de riesgo, el consumo de tabaco se observó en el 74% de las PPL, siendo fumadores diarios el 93% de ellos. Casi la cuarta parte de los entrevistados manifestó no consumir nunca frutas y verduras, predominantemente entre las mujeres

(56%). El 16% de las PPL afirmó pasar más de 10 horas al día sin actividad física. El sobrepeso y la obesidad se presentaron en el 40%, predominando en las mujeres (56.8%).

La prevalencia de HTA ascendió al 16%, pero entre los hipertensos solo el 17% estaba recibiendo tratamiento. La prevalencia estimada de diabetes fue del 3.9%, y entre las personas con glucemia elevada solo el 9.3% estaban en tratamiento. La hipercolesterolemia se constató en el 16% de las PPL pero solo el 1.7% de los casos estaba tratado.

El antecedente de internación por asma fue del 2.2% en los últimos dos años. El 1.6% refirió internaciones por infecciones respiratorias.

La incidencia de lesiones que requirieron atención médica en el último año alcanzó el 22%; un tercio de los lesionados había requerido hospitalización. La causa más frecuente fueron las heridas con objetos cortantes.

La existencia de barreras para la atención de urgencia fue señalada por 40% de las PPL; entre quienes identificaron barreras un tercio las vinculó al personal de custodia.

El perfil epidemiológico muestra una población expuesta a un conjunto importante de factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, que generan una doble carga de enfermedad, con una prevalencia relevante de enfermedades no transmisibles, acompañada de una alta incidencia de enfermedades transmisibles. Es particularmente preocupante que una elevada proporción de estas patologías están no diagnosticadas y no tratadas, con los consiguientes riesgos de complicaciones individuales, y con efectos deletéreos en el conjunto de la población en el caso de las transmisibles.

Las estrategias de abordaje de la salud de estos colectivos debe estar centrada en una lógica preventiva, en la modificación de los entornos y las prácticas generadoras de mayor riesgo, así como en la detección precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades, con una dinámica de atención longitudinal y continua, que contribuya a asegurar el derecho a la salud en los centros de privación de libertad.





PROGRAMA DE  
JUSTICIA E INCLUSIÓN

## INTRODUCCION

La OPS/OMS en Uruguay ha sido convocada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) del gobierno nacional para brindar cooperación técnica para la gestión del Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socio-económica de las personas privadas de libertad – Sector de intervención Salud en Centros de Privación de Libertad”, cuyas entidades patrocinantes son dicha Oficina y la Unión Europea.

Entre los objetivos específicos del Proyecto se establece: “Apoyar el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos en los centros de internación de privados de libertad de Uruguay, apoyando la mejora de las condiciones de vida de los presos, con especial atención a las cuestiones de salud y educación, promoviendo la reinserción social y profesional de los presos, con especial atención en los menores infractores y mujeres presas con hijos a cargo”.

Este Proyecto denominado “Programa de Justicia e Inclusión” ha surgido del acuerdo de la OPP en representación del gobierno nacional, la delegación en Uruguay de la Unión Europea (UE) que aporta el financiamiento y la supervisión técnica, y las contra-partes nacionales directamente involucradas en las políticas de rectoría y gestión de la atención de salud en el sistema penitenciario: en el ámbito de competencias del Ministerio del Interior (MI): Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), Jefaturas Departamentales de Policía, Servicio Médico Penitenciario (SMP), Dirección Nacional Sanidad Policial (DNSP); en el ámbito del Ministerio de Salud Pública (MSP): la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Dirección General de la Salud (DIGESA); y finalmente por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES): el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y el Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes (SIRPA), actualmente denominado Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA) a partir de la Ley N° 19.367.

Para la gestión de dicho Proyecto se contó con el respaldo de la Corporación Nacional para el Desarrollo que firmó el Contrato de Servicios N°8 para Acciones Exteriores de la Unión Europea, con la OPP para dicho Programa (Convenio CDI/ALA/2011/22498 del 19 de agosto 2011)

La cooperación técnica propuesta por OPS constó de dos fases. En la Fase II (2014 – 2016) el apoyo a la gestión integral en salud en los servicios penitenciarios ha tenido componentes referidos a la atención integral de salud, la atención preventiva y de los consumos problemáticos de sustancias, y a la capacitación técnica del personal vinculados con la salud y demás personal de los centros de reclusión. El presente estudio se enmarca en esta fase del proceso de cooperación técnica.





## ANTECEDENTES

Los registros disponibles de morbilidad prevalente en los centros penitenciarios de Uruguay indican con claridad que en el país no se cuenta con información consolidada, suficiente y de calidad.


La información a la que se tiene acceso y está disponible y registrada en forma más o menos sistemática, se limita solo a pocos centros; los sistemas de registro no reúnen los requisitos técnicos básicos que puedan ser tomados en consideración, a la hora de programar Servicios Integrales de Atención a la Salud en los establecimientos penitenciarios a nivel nacional.

En el marco del desarrollo del Programa “Justicia e Inclusión”, se entendió que en la primera etapa su ejecución es necesario y pertinente contar con un diagnóstico epidemiológico y de morbilidad prevalente a los efectos de trazar líneas de base, que den justificación a las grandes orientaciones estratégicas y la propuesta de planificación de mediano plazo, para una repuesta adecuada a las necesidades de atención sanitaria en el sistema penitenciario.

Los antecedentes de estudios en poblaciones en personas privadas de libertad (PPL) no abundan a nivel internacional por lo cual las eventuales aproximaciones metodológicas para el presente estudio, son difíciles de ser comparadas. Existen estudios en Europa (Allwright, 2010) donde se relevaron a través de una encuesta en Irlanda del Norte las prevalencias de ETS y de hepatitis B y C y se midieron los factores de riesgo. Fue un diseño transversal, con encuestas anónimas con cuestionario auto completado y provisión de muestras no ligadas de saliva para la prueba de anticuerpos. Se consideraron 9 de las 15 cárceles de Irlanda del Norte y donde 1205 de los 1366 participantes contestaron. Los centros de reclusión considerados fueron aquellos con un riesgo medio o alto de acuerdo a la prevalencia esperada de transmisión de infecciones virales. Los 5 centros de mayor riesgo se incluyeron de forma forzosa mientras que se seleccionaron por muestreo 4 de los 7 centros de riesgo intermedio. En 6 de los centros seleccionados se evaluaron a la totalidad de PPL mientras que para los 3 restantes centros del estrato de mayor riesgo, se evaluó la mitad de los internos seleccionados mediante muestreo sistemático.

Otro antecedente en Europa es el estudio multicéntrico llevado adelante para demostrar la viabilidad de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y relacionarlo con las conductas de riesgo en las prisiones europeas. Es un estudio transversal donde se relevaron seis prisiones europeas (Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Escocia y Suecia). Las PPL fueron invitadas a completar un cuestionario auto- administrado y anónimo y dar una muestra de saliva para poner a prueba de anticuerpos del VIH. Participaron ochocientos cuarenta y siete de 1.124 reclusos con una tasa de respuesta del 75% (Rotily, 2001)

En América del Sur los antecedentes son de un estudio de corte transversal en una de las cárceles más grandes de Latinoamérica de la Ciudad de San Pablo (Burattini, 2000). En este estudio se indagó sobre la relación entre VIH, hepatitis C y sífilis a través de la participación



de 631 PPL de un total de 4900, a las que se les extrajo sangre y realizó la técnica de ELISA para VIH y Hepatitis, con test confirmatorio para VIH por la técnica de Western Blot. Los participantes fueron seleccionados mediante muestro sistemático a los que también se les aplicó un cuestionario estándar con preguntas específicas en relación con su historia de reclusión y conductas de riesgo.

En América del Norte existe como antecedente un estudio de tipo longitudinal donde se evalúa la asociación que existe para los jóvenes con antecedentes en la Justicia (JAJ) y el riesgo para padecer infecciones de transmisión sexual (ITS). El estudio se nutre de los datos de una encuesta de juventud llevada a cabo entre 1994-1995 en su primera ola considerando jóvenes de 11 a 17, a los cuales se vuelve a entrevistar 7 años después en la segunda ola. En esa segunda toma se indaga sobre la condición de JAJ y su actual conducta de riesgo para la transmisión sexual de la enfermedad (Khan, 2013).

También en Estados Unidos aparece otro estudio sobre personas jóvenes efectivamente en reclusión (Pack, 2000). Consignan los resultados relativos a un estudio de corte transversal de una muestra de 284 hombres jóvenes entre 14 y 18 años de un centro de reclusión del sur de Estados Unidos. El estudio muestra asociación muy alta entre las ITS y el no uso de condón con un OR de casi 2 para padecer ITS al no usar protección. Otro resultado importante es la alta prevalencia de ITS en reclusos que no padecen síntomas (85%).

Un estudio relativo a trastornos mentales, vinculado a consumo de sustancias y conductas de riesgo de VIH-Sida en los menores detenidos es el que puede verse en Teplin (2005) donde se indagó la prevalencia de VIH-Sida en cuatro grupos de menores con diferentes perfiles: menores con trastornos mentales mayores solamente, menores con trastornos por uso de sustancias por sí solas, personas con trastornos mentales y de sustancias co mórbidas, y los que no presentaban ningún trastorno mental importante o uso de sustancias.

Existen algunas revisiones en la literatura que muestran la preocupación que existe actualmente de que los centros penitenciarios pueden ser “reservorios”, que podrían amplificar la transmisión de las enfermedades por las PPL que las contraen cuando entran al sistema penitenciario y luego son liberados. Esos “reservorios” pueden estar caracterizados por altas prevalencias de HIV, Hepatitis B, Hepatitis C entre reclusos con historia de consumo de drogas inyectables. Un informe sobre 5.390 PPL presenta los resultados de un estudio longitudinal para evaluar prevalencia e incidencia de HIV, Hvb, Hvc en la prisión de adultos de Rhode Island, entre 1998 y 2000. (Macalino, 2004)

En nuestro medio la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes ha realizado estudios en establecimientos de reclusión registrando en 71 casos de TB en 2013, lo cual representa una tasa de incidencia de 742,6 por 100.000, casi 30 veces mayor que la tasa en población general. Estudios recientes en la Cárcel de Canelones a cargo del equipo técnico de Sanidad Policial han arrojado una prevalencia de Tuberculosis de 9 por mil, y de VIH de 7 por mil. (Banquero, 2010)<sup>1</sup>

---

1. Comunicación personal

Con otra metodología el I Censo Nacional de Reclusos (Ministerio del Interior /DS-FCS-UdelaR) analizado por Vigna (2012) muestra los perfiles diferenciales y las características más salientes de la situación de reclusión de hombres y mujeres, incluyendo diversas variables vinculadas a la salud de la PPL.

Otro antecedente relevante es el estudio de Fazel (2006) que a través de una revisión sistemática (RS) plantea el abuso de sustancias y dependencia en reclusos. De este estudio surgen aspectos interesantes relativos a que la metodología de generación de la información en cada estudio que forma parte de la RS es muy variada: de un total de 13 estudios finalmente considerados de Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda y Nueva Zelanda, con un total de 7563 PPL surgen diseños con diferentes técnicas de muestreo. Algunos estudios utilizaron un muestreo aleatorio simple ( $n=2.310$ ), algunos un muestreo estratificado ( $n=2.000$ ) y otros mediante la inclusión en forma secuencial de todas las nuevos ingresos al centro (2448 presos). Para esos estudios consignados en la RS la tasa de respuesta fue del 100% en 3, mientras que los 10 restantes reportan tasas de respuesta de 75% al 100% ( $n=6.870$ ).

En los antecedentes manejados en el párrafo anterior se pone de manifiesto que son varios los estudios realizados para indagar las ETS, las patologías infecciosas como diferentes tipos de Hepatitis y las enfermedades vinculadas a la salud mental a través del consumo de sustancias, donde incluso las aproximaciones metodológicas son muy variadas. Sin embargo la búsqueda de las ENT como elementos de comorbilidad y sus factores de riesgo presentes, y posibles moduladores de las patologías objeto de estudio, no son mencionados como elementos importantes. Si bien en los estudios referenciados, en particular Burattini (2000), Rottily (2001) y Allwright (2010) comunican la aplicación de cuestionarios auto-administrados, las ENT no son mencionadas explícitamente como elementos a ser evaluados.

Debe destacarse el estudio publicado por Vera (2014) en la población penitenciaria española (mediana de edad 37.4 años), que reporta que uno de cada dos reclusos presentaba una patología crónica, con prevalencias de dislipemia de 34.5%, hipertensión arterial del 17.7%, diabetes del 5.3% y asma del 4.6%. El único antecedente para América del Sur (Burattini, 2000) consigna en su artículo la evaluación de factores de riesgos vinculados a las ETS pero sin especificar si cualquiera de la ENT son tomadas en cuenta.

Por ese motivo que el equipo responsable del presente estudio, ha entendido relevante aplicar una metodología que tome en cuenta las ENT y contribuir a la vigilancia sobre las ENT que se hace a nivel poblacional en Uruguay desde hace 10 años en población adulta, pero donde no se ha incluido a las PPL. El antecedente que surge como estudio para las ENT es la aplicación de la encuesta STEPS<sup>2</sup> para 2006 (MSP, 2009) y STEPS 2013 (MSP, 2015) con resultados recientemente presentados.

---

2. STEPS: método progresivo de vigilancia de las enfermedades no transmisibles (PASOS). Instrumento STEPS v2.1, método "STEPwise" de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.





PROGRAMA DE  
JUSTICIA E INCLUSIÓN

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El estudio se planteó los siguientes objetivos:

### OBJETIVO GENERAL

Realizar el diagnóstico epidemiológico de los centros de internación para personas adultas y adolescentes, en privación de libertad a los efectos de contar con una línea de base para la formulación y diseño de un sistema integral de atención a la salud, con énfasis en atención primaria, para los centros de internación de personas privadas de libertad (PPL).

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar en forma prioritaria los siguientes problemas de salud:

- Antecedentes personales
- Enfermedades de transmisión sexual con énfasis en sífilis y VIH-Sida
- Tuberculosis
- Diabetes e hipertensión arterial
- Violencia (antecedentes de Violencia Sexual e Interpersonal)
- Consumos problemáticos de alcohol y otras sustancias psicoactivas
- Suicidios e intentos de Autoeliminación (IAE)
- Problemas vinculados a la Salud Bucal
- Factores de riesgo seleccionados (consumo de tabaco, dieta inadecuada, sobrepeso, bajo nivel de actividad física)



PROGRAMA DE  
JUSTICIA E INCLUSION

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

Caracterizar la situación epidemiológica de la población de personas privadas de libertad ha sido un reto importante planteado por el Proyecto de Justicia e Inclusión, dado que el país no cuenta con antecedentes que fueran más allá de investigaciones locales.

El protocolo de estudio fue oportunamente puesto a consideración del Comité de Ética de la Dirección Nacional de Sanidad Policial, siendo aprobado con algunas observaciones menores, que fueron inmediatamente corregidas.

El continuo monitoreo de las distintas etapas de planificación y ejecución del estudio, permitió ir resolviendo aspectos logísticos, operativos, de insumos, etc.

Realizar un estudio de nivel nacional ha implicado enfrentar desafíos diferentes, resueltos por la coordinación permanente entre el equipo de investigación y las autoridades del INR, Sanidad Policial y ASSE.

## TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal, para conocer la prevalencia de enfermedades seleccionadas en base a la bibliografía disponible, la frecuencia de eventos adversos para la salud de la población privada de libertad, y la magnitud de los determinantes socio ambientales a los que está expuesta, que pueden configurar factores de riesgo o factores protectores para la salud individual y colectiva.

Este tipo de estudio permite conocer, a modo de una fotografía, las características de una población en un momento dado. Aporta elementos para la toma de decisiones respecto al diseño de estrategias de intervención en la atención sanitaria. Asimismo genera el conocimiento sobre las líneas de base de determinados fenómenos, que luego pueden estar monitoreados para evaluar el impacto de las intervenciones.

Se diseñó un estudio de alcance nacional, abarcativo de todo el sistema penitenciario nacional para adultos y adolescentes, asumiendo como universo de estudio a la población de todos los centros, de la cual se seleccionó una muestra estadísticamente representativa.

Se tomó como unidad de observación a las personas privadas de libertad, adultos y adolescentes.

## UNIVERSO Y MUESTRA.

La Tabla 1 muestra el universo de PPL estudiado según su distribución en los diferentes departamentos del país y según las instituciones responsables de su gestión general y de la cobertura en salud, en el momento de realizarse el trabajo de campo.



**Tabla 1. Total de PPL por tipo de Institución responsable de las UIPPL según departamento. Uruguay. Diciembre 2014.**

Departamento	SIRPA/ INAU*	INR/ASSE (1)	INR/DNSP (2)	Jefaturas/ DNSP (3)	Total
Canelones	269		1079		1348
Montevideo	262	4138			4400
San José		1272	186		1458
Rivera			446		446
Maldonado			557		557
Colonia			137		137
Cerro Largo			148		148
Paysandú			271		271
Lavalleja			170		170
Durazno			83		83
Salto			296		296
Río Negro			107		107
Artigas			13	73	86
Flores				29	29
Florida				77	77
Rocha			106		106
Soriano				158	158
Tacuarembó				150	150
Paso de los Toros				50	50
Treinta y Tres				82	82
<b>Total</b>	<b>531</b>	<b>5410</b>	<b>3599</b>	<b>619</b>	<b>10159</b>

Referencias: INR/ASSE (1) es INR con cobertura asistencial de ASSE, INR/DNSP (2) es INR con cobertura asistencial de DNSP, Jefaturas/DNSP (3) con cobertura asistencial de DNSP (Diciembre 2014).

\* Actualmente denominado Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA) a partir de la Ley N° 19.367.

El **tamaño de muestra** previsto fue de **800 casos**, determinado por el nivel de precisión deseado (5%), con un nivel de confianza del 95%, para medir esencialmente prevalencias cercanas al 10%, y con los niveles de desagregación necesarios (por sexo, tramo etario) considerando una población de 10000 reclusos.

Para alcanzar ese tamaño muestral se consideró una eventual tasa de no respuesta (TNR) del 25 %, en función de antecedentes internacionales y de otras encuestas nacionales de base poblacional con un rango de TNR que oscila entre 5% y 25% como la 1ª. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para ECNT con metodología STEPS (MSP, 2009) y la Encuesta de prevalencia de consumo de Tabaco en adultos (GATS) llevada a cabo en Uruguay en 2009 (TFI, 2010).

La muestra preliminar seleccionada fue de 1008 internos. En el relevamiento la tasa de pérdidas y rechazos no superó el 20%, por lo que se alcanzó una muestra final de **832 personas**, integrada por 103 mujeres y 729 hombres (Tabla 2).

**Tabla 2. Distribución de la muestra estudiada de personas privadas de libertad según edad y sexo. Uruguay. 2015**

Edad (Años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 18	96	13,2	9	8,7	105	12,6
19 a 24	194	26,6	22	21,4	216	26,0
25 a 34	252	34,6	30	29,1	282	33,9
35 a 44	112	15,4	28	27,2	140	16,8
45 a 54	46	6,3	9	8,7	55	6,6
Mas de 55	29	4,0	5	4,9	34	4,1
<b>Total</b>	<b>729</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>832</b>	<b>100,0</b>

El **diseño muestral** utilizado fue multietápico estratificado por conglomerados, donde las unidades primarias de muestreo (UPM) fueron los centros de reclusión y las unidades secundarias de muestreo (USM) fueron las PPL.

Las UIPPL (UPM) fueron consideradas como conglomerados donde en una segunda etapa se seleccionaron las PPL (USM) a entrevistar, mediante un método de muestreo aleatorio sistemático. Un conjunto de Centros se definió de inclusión forzosa o, lo que es equivalente, fueron sorteados con probabilidad 1.

El 76% de las PPL se ubicó en UI que entraron en la categoría de inclusión forzosa, mientras que el 23,1% de las PPL estaba en centros que fueron sorteados en la primera etapa. De los 10.159 PPL, apenas un 0,34 % no fue incluido en el proceso de muestreo por estar en centros con un número muy bajo de internos o en UIPPL sin elementos facilitadores para actividades externas a su propia planificación.


## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En la fase de recolección de datos se utilizaron dos modalidades de relevamiento de datos, que implicaron el diseño de instrumentos específicos para cada una. Se buscó que en la medida de lo posible, estas herramientas tuvieran validación a nivel local o en experiencias de otros países.

Se utilizó un Formulario de entrevista aplicado en el diálogo cara a cara entre el entrevistador y la PPL seleccionada, y un Formulario autoadministrado en el que, luego de una instrucción básica, el entrevistado completaba los datos en forma anónima y confidencial.

### Formulario de entrevista

Este formulario fue diseñado en base a una adaptación del Instrumento *STEPS* v2.1, método “*STEPwise*” de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Este instrumento es la herramienta central de una metodología que permite



medir, en forma estandarizada, la prevalencia de los factores de riesgo mencionados. Debe su nombre a que la medición de los factores de riesgo se realiza en diferentes *pasos* de acuerdo a los recursos y a las posibilidades de cada país:

- Paso 1. Realización de un cuestionario con que se recoge información sobre los 4 factores de riesgo “conductuales”: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada y sedentarismo;
- Paso 2. Realización de mediciones físicas (peso, talla, presión arterial y perímetro abdominal) para determinar sobrepeso/obesidad y presión arterial elevada;
- Paso 3. Recolección de muestras de sangre para medición de glucemia y colesterolemia.

El presente estudio desarrolló los tres pasos previstos por la metodología STEPwise. Asimismo incluyó los módulos del *STEPS* relativos a salud bucal y a lesiones.

También se agregaron preguntas específicas a fin de explorar la morbilidad reciente y algunas situaciones concretas que suceden en reclusión. Complementariamente, incluyó la recolección de muestra de sangre por punción digital para la realización de test rápidos para el diagnóstico de Sífilis y VIH.

Con estos elementos se constituyó un cuestionario con 77 preguntas que exploraban diferentes variables de estudio, así como 18 campos de registro vinculados a medidas físicas, y 12 campos destinados al registro de aspectos referidos a las medidas bioquímicas. Se completaba con un campo de observaciones para el entrevistador.

### **Formulario autoadministrado**

Este instrumento fue ideado para levantar datos vinculados a condiciones o situaciones de la vida cotidiana del recluso, relevantes para evaluar su estado de salud, pero que abordan tópicos que podrían generar inhibición para responder en una entrevista cara a cara.

La utilización de un formulario autoadministrado ha sido una estrategia para evitar que las respuestas sean falseadas, generando información de mala calidad, o que se vea incrementado el índice de no respuesta para algunas variables en particular.

El marco de confidencialidad y anonimato que brinda el formulario autoadministrado fue reforzado por su colocación, una vez completado, en un sobre cerrado, que se introdujo en una caja opaca cerrada con ranura.

Con este instrumento se exploraron 20 variables vinculadas a prácticas sexuales, uso de sustancias psicoactivas, intentos de autoeliminación y valoraciones de la PPL sobre la atención sanitaria en el ámbito penitenciario.

## Variables estudiadas

Se enumeran a continuación las variables principales incluidas en el estudio y las variables intermedias que intervinieron en los cálculos:

- Sexo
- Edad
- Nivel educativo alcanzado
- Situación conyugal del encuestado
- Tiempo que se encuentra privado de libertad
- Prevalencia de Consumo de Tabaco y de Consumo diario de Tabaco
- Prevalencia de Consumo pasado de Tabaco
- Frecuencia semanal de agregado de sal en la comida
- Tiempo que permanece sentado o recostado en un día típico
- Tiempo semanal de práctica de algún deporte o alguna otra actividad física
- Prevalencia de consumo inadecuado de frutas y verduras
  - Es un indicador que combina la cantidad de porciones y frecuencia de consumo de frutas y /o verduras acumuladas en la semana.
- Preguntas sobre HTA y Diabetes
  - Para este bloque se utilizaron variables referidas a antecedentes propios y familiares, combinadas con las de las medidas físicas y medidas bioquímicas.
- Prevalencia de HTA
- Prevalencia de Diabetes
- Prevalencia de Colesterol elevado
- Antecedentes familiares de enfermedad renal (diálisis o trasplante)
- Índice de Masa Corporal
- Perímetro de cintura
- Antecedentes de Tuberculosis
- Diagnóstico presuntivo de Sífilis
- Diagnóstico presuntivo de VIH
- Incidencia de infecciones respiratorias
- Incidencia de infecciones de piel
- Incidencia de infecciones urinarias
- Antecedente de internación por enfermedades crónicas
- Antecedente de internación por enfermedades agudas
- Antecedente de internación por intervenciones quirúrgicas
- Prevalencia de consumo de bebida alcohólica en el último año

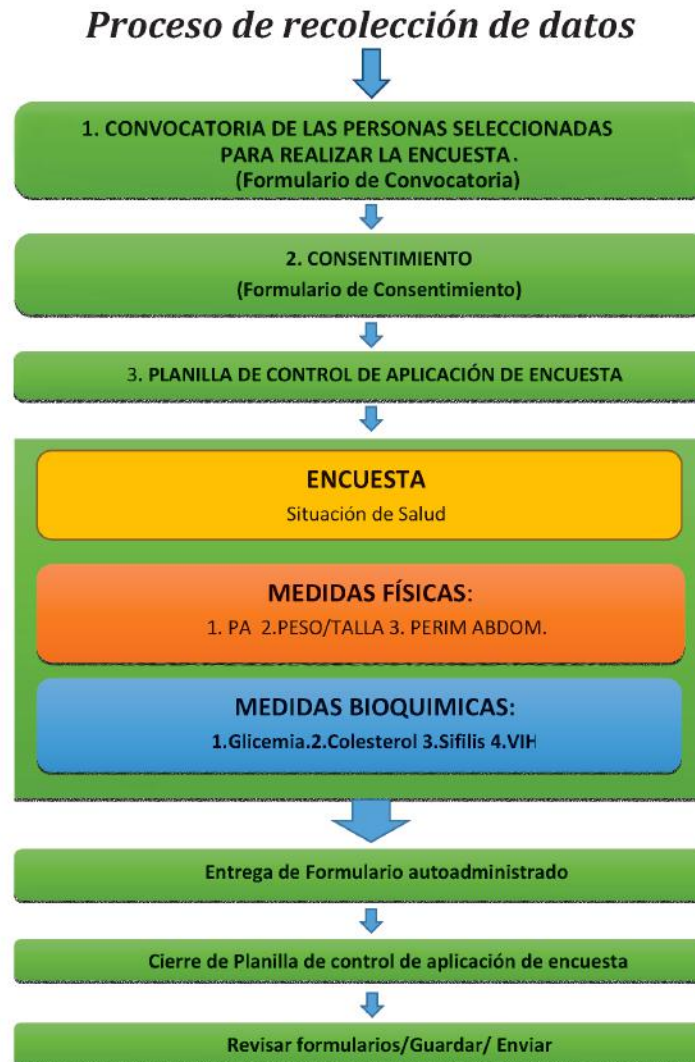
- Frecuencia de consumo de bebida alcohólica en el último año
- Prevalencia de consumo de marihuana en los últimos 30 días
- Prevalencia de consumo de pasta base en los últimos 30 días
- Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días
- Prevalencia de consumo de psicofármacos sin prescripción médica en los últimos 30 días
- Frecuencia de relaciones sexuales en condición de reclusión
- Prevalencia de uso de condón en relaciones sexuales conyugales
- Prevalencia de uso de condón en relaciones sexuales no conyugales
- Antecedentes de violación u otra situación de violencia sexual
- Incidencia de ideación suicida en reclusión y en los últimos 12 meses
- Incidencia de intento de autoeliminación y en los últimos 12 meses
- Cantidad de dientes actuales
- Percepción de estado actual de los dientes
- Percepción de estado actual de las encías
- Prevalencia de uso de prótesis removible
- Prevalencia de uso de prótesis removible superior
- Prevalencia de uso de prótesis removible inferior
- Presencia de dolor o malestar en boca o dientes
- Tiempo desde la última visita al dentista
- Motivos de la última visita al dentista
- Percepción de dificultades para lograr atención de salud urgente
- Causas de dificultades para lograr atención de salud urgente

## **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

La recolección de los datos se realizó en base a una secuencia predeterminada que se detalla en el algoritmo que se presenta en la Fig. 1.

Su configuración es producto del diseño inicial y los ajustes introducidos luego la realización de la Prueba Piloto.


Figura 1. Algoritmo utilizado para la recolección de datos. Uruguay. 2015



La recolección del consentimiento informado y su firma (y del asentimiento en el caso de los adolescentes) fue priorizado por los encuestadores. Los formularios sin el consentimiento informado firmado, fueron rechazados.

### Capacitación previa y prueba piloto

El estudio involucró a 21 funcionarios de la salud con experiencia en UIPPL, de los cuales 15 fueron médicos y 6 enfermeros. Se realizó una instancia presencial y colectiva de **capacitación**, donde se explicó el marco general del Proyecto de Justicia e Inclusión, los objetivos del Estudio, así como las características generales del diseño y su planificación. Se complementó con sesiones personalizadas de capacitación.



Fue explicado el procedimiento a seguir para la recolección de los datos en base a un **Manual de operaciones de trabajo de campo (TC)** especialmente diseñado, que incluye:

- Llenado del formulario de convocatoria.
- Obtención del consentimiento/asentimiento informado.
- Llenado de la Planilla de control de aplicación de la encuesta.
- Aplicación de la encuesta realizada por el profesional.
- Armado de los tallímetros y toma de medidas físicas con cada instrumento a utilizar (balanza, tallímetro, cinta métrica y tensiómetro).
- Realización del test rápido para Sífilis y VIH
- Modalidad para informar el resultado de los test bioquímicos a los PPL.
- Procedimiento para la aplicación del formulario autoadministrado.
- Utilización de los equipos de medición de glicemia y colesterol del laboratorio Roche, con participación de una funcionaria del laboratorio.

Se discutieron los contenidos de los formularios, las planillas de registro y control, y videos de apoyo para la aplicación de test rápido de glicemia y colesterol.

Entre el 4 y el 12 de marzo de 2015 se realizó una **Prueba Piloto** de los procedimientos, instrumentos y de la logística prevista, con los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar la pertinencia de los instrumentos y los procedimientos diseñados para recolectar los datos requeridos por el estudio epidemiológico
- Verificar el conocimiento, las destrezas y el cumplimiento de lo establecido en el manual operativo, por parte de los encuestadores.
- Verificar la información proporcionada a los encuestados acerca de los fines y beneficios del estudio.
- Verificar la aplicación de las recomendaciones en relación a las consideraciones éticas que se establecen para la entrevista, particularmente en lo referido al consentimiento informado.
- Evaluar el proceso de convocatoria en las UIPPL, de las PPL seleccionadas.
- Evaluar la comprensión, claridad y grado de aceptación de las preguntas por parte de los PPL.
- Evaluar el llenado de formularios, planilla, y registro de las respuestas de la encuesta.
- Constatar el manejo y organización del material utilizado para la realización de la encuesta.
- Constatar dificultades en la comunicación al personal de salud responsable de la atención médica del encuestado, de los resultados de test reactivos y/o medidas anormales.
- Dimensionar el tiempo y los recursos necesarios para la recolección y entrega de las encuestas.
- Evaluar la predisposición y receptividad de las personas privadas de libertad a la realización de las entrevistas.
- Detectar las dificultades que se pudieran presentar en el trabajo de campo.

- Realizar los ajustes necesarios en todos los componentes del Estudio Epidemiológico, y establecer los parámetros para garantizar la calidad de la información a ser recolectada.

Se seleccionó una sub muestra de 50 personas procedentes de 5 centros de internación de PPL, que diera cuenta de la variabilidad de las sub poblaciones a encuestar: adultos y adolescentes, varones y mujeres, en centros bajo responsabilidad de ASSE, DNSP y SIRPA<sup>3</sup>, a saber:

- Unidad N° 7. Canelones. (20 encuestas) (DNSP)
- Unidad N° 13. Las Rosas. Maldonado. (10 encuestas) (DNSP)
- Unidad N° 5 Centro Metropolitano de Rehabilitación Femenino. Montevideo. (10 encuestas) (ASSE)
- Colonia Berro. Canelones. (5 encuestas)(SIRPA)
- CIAF Centro Integral de Atención Femenino. Montevideo. (5 encuestas) (SIRPA)

La Prueba Piloto cumplió con los objetivos, confirmando la mayoría de las premisas sobre las que se diseñó el estudio, sin perjuicio de que determinó algunos ajustes en los procedimientos. Los formularios fueron corregidos para mejorar la comprensión y la secuencialidad de algunas preguntas. Asimismo significó un mayor conocimiento de la realidad y la dinámica de los centros penitenciarios, por parte de la Supervisión y el Equipo coordinador del estudio.

## DESARROLLO DEL RELEVAMIENTO.

Las entrevistas se desarrollaron desde el 15 de marzo al 29 de mayo de 2015. Se supervisó la tarea de los 21 encuestadores y se observó en forma directa el desarrollo de 40 entrevistas.


Debe destacarse la opción de haber seleccionado como encuestadores a trabajadores de la salud que forman parte de los equipos sanitarios que se desempeñan en el ámbito penitenciario. Su conocimiento de la cultura, usos y costumbres de las unidades de privación de libertad, configuraron un valioso aporte para planificar las tareas, les dieron solvencia a la hora de realizar el trabajo, y les permitieron encontrar soluciones oportunas para dificultades coyunturales. Se produjo una dinámica singular de acercamiento de estos profesionales a una población por ellos ya conocida.

Se realizaron controles de calidad de los formularios entregados, apelando a diferentes estrategias desde la revisión crítica de los formularios (100% de los casos) hasta la re encuesta de algunos PPL seleccionados.

Para las mediciones físicas se utilizó equipamiento suministrado por la División de Epidemiología del MSP, proveniente del último estudio de FR para ECNT realizado en el país con la metodología de STEPS.

3. Actualmente denominado Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA) a partir de la Ley N° 19.367.





Para las pruebas químicas y biológicas se utilizaron Equipos Accutrend Plus (COBAS) de Roche para determinación de Glicemia y Colesterol, Test rápidos para HIV Standard Diagnostics HIV 1/2 3.0, Test rápidos para Sífilis Standard Diagnostics Syphilis 3.0

En los casos en que las respuestas o las pruebas realizadas evidenciaron alguna patología sin diagnóstico previo o sin tratamiento, las PPL fueron derivadas al equipo de salud correspondiente de la UIPPL para su seguimiento. Esta tarea de derivación fue debidamente registrada y fue responsabilidad de la Supervisora del TC.

Respecto el tamizaje de infecciones de transmisión sexual con test rápidos en los casos que resultaron positivos, el encuestador que realizó el test informó al personal responsable de la atención médica del establecimiento, para que se procediera a extraer sangre venosa con el fin de realizar los estudios confirmatorios y realizar el tratamiento en los casos confirmados.

Las personas que presentaron el test rápido de VIH positivo, en muchos casos ya conocían su condición de seropositivas; en las personas que desconocían ser portadoras del virus, se solicitó la paraclínica específica para confirmar la enfermedad.

El test rápido de Sífilis, a diferencia del de VIH, puede detectar la memoria inmunológica de infecciones previas que ya no están activas y no necesitan tratamiento. En los casos positivos se realizaron posteriormente otras pruebas de laboratorio realizadas en sangre venosa (VDRL) para definir si se trataba de una infección activa; en los casos en que se confirmó se realizó el tratamiento correspondiente. El resultado de los estudios en sangre venosa fue solicitado por la supervisión del TC.

Para poder realizar el seguimiento del examen confirmatorio, la supervisión del TC completó el Formulario de recibimiento de casos de VIH/Sífilis reactivos, poniendo el número de encuesta que correspondía, el establecimiento en donde se realizó la encuesta, nombre de la persona encuestada o cédula de identidad, y el resultado del examen confirmatorio de sífilis y/o VIH.

Merece señalarse que los internos colaboraron sin dificultad con la punción digital para la realización de la toma de medidas bioquímicas en particular. Los casos de rechazo fueron a la entrevista en su totalidad.

En todo el estudio se encontraron 40 PPL analfabetas, pero no fue impedimento para que pudieran participar en el relevamiento.

La recolección de los datos no alcanzó las previsiones iniciales en dos centros de SIRPA: CEDD Burgues y Colonia Berro, vinculado a la alta movilidad de los adolescentes del SIRPA. (Tabla 3)

Según las previsiones del diseño de la muestra se pronosticaba una tasa de no respuesta del 25%. En tanto se ha constatado que en el relevamiento la tasa de pérdidas y rechazos no superó el 20%, es posible afirmar que el trabajo de campo alcanzó un tamaño muestral apropiado.

Asimismo el cuestionario auto-administrado fue respondido por el 92.5% de las PPL encuestadas, logrando un adecuado nivel de aceptación similar en ambos sexos. (Tabla 4).

**Tabla 3. Distribución de encuestas planificadas y encuestas realizadas según Unidades de Internación. Uruguay. 2015.**

Unidades de Internación de PPL	Encuestas planificadas	Encuestas realizadas	%
UNIDAD Nº 3 Libertad	84	71	84.5
UNIDAD Nº 4 Santiago Vázquez	210	171	81.4
UNIDAD Nº 5 Femenino	87	66	75.9
UNIDAD Nº 6 Punta de Rieles	36	31	86.1
UNIDAD Nº 9 El Molino	8	7	87.5
UNIDAD Nº 7 Canelones	85	67	78.8
UNIDAD Nº 12 Rivera	36	32	88.9
UNIDAD Nº 13 Maldonado	46	38	82.6
INR Unidad Nº 2 Chacra Libertad	23	21	91.3
UNIDAD Nº 15 Cerro Largo	45	43	95.5
UNIDAD Nº 20 Salto	97	86	88.6
UNIDAD Nº 24 Soriano	52	45	86.5
UNIDAD Nº 26 Tacuarembó	50	45	90.0
Colonia Berro	77	44	57.1
CIAF Centro Integral de Atención Femenino	9	9	100.0
CIEDD Centro Ingreso Estudio Diagnostico y Derivación	25	24	96.0
Complejo Colibrí	33	31	93.9
CEDD Centro de Diagnóstico y Derivación BURGUES	5	1	20.0
<b>TOTALES</b>	<b>1008</b>	<b>832</b>	<b>82.54</b>

**Tabla 4. Distribución de la muestra de PPL estudiada mediante el formulario autoadministrado según edad y sexo. Uruguay. 2015**

Edad (Años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 18	8	8,5	94	13,9	102	13,2
19 a 24	19	20,2	168	25,0	187	24,3
25 a 34	25	26,6	223	32,9	248	32,2
35 a 44	24	25,6	102	15,0	126	16,4
45 a 54	9	9,6	35	5,2	44	5,7
Mas de 55	4	4,2	27	4	31	4,0
SD	5	5,3	27	4	32	4,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>676</b>	<b>100,0</b>	<b>770</b>	<b>100,0</b>



## RESULTADOS Y DISCUSION

La información del presente informe ha sido organizada de forma tal que nos permita tener estimaciones sobre la situación de salud y la morbilidad prevalente en el conjunto de las PPL del sistema penitenciario uruguayo, facilitando la visualización de los diferenciales vinculados a la situación de género y la realidad de las diferentes generaciones, con foco en la realidad de los adolescentes.

## CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD

La distribución por **edad y sexo** obtenida con la muestra estudiada, una vez aplicados los factores de expansión, mostró una población mayoritariamente masculina (94%) y predominantemente joven.

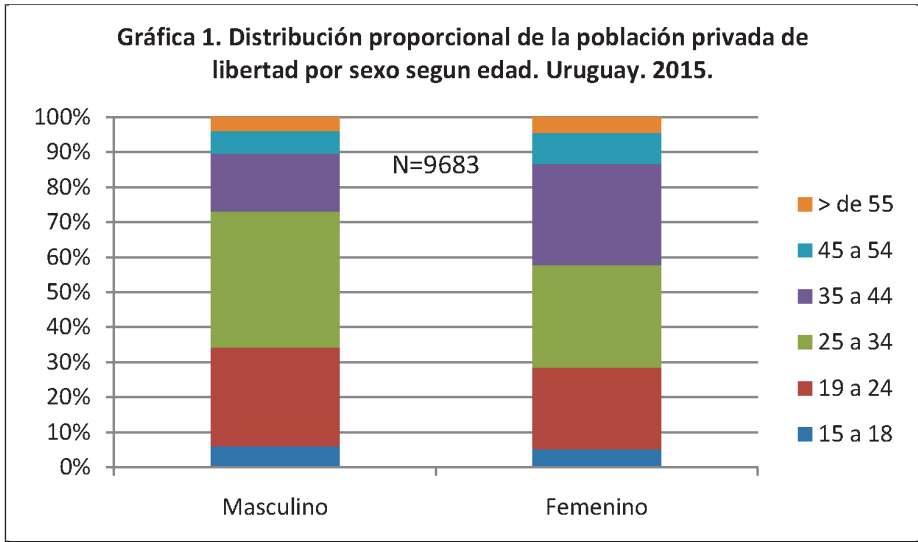
**Tabla 5. Personas privadas de libertad según edad y sexo. Uruguay. 2015**

Edad (Años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>15 a 18</b>	547	6,0	30	5,1	577	6,0
<b>19 a 24</b>	<b>2570</b>	<b>28,3</b>	138	23,4	<b>2708</b>	<b>28,0</b>
<b>25 a 34</b>	<b>3531</b>	<b>38,8</b>	172	29,3	<b>3703</b>	<b>38,2</b>
<b>35 a 44</b>	1502	16,5	170	28,8	<b>1671</b>	<b>17,3</b>
<b>45 a 54</b>	584	6,4	52	8,9	636	6,6
<b>Mas de 55</b>	362	4,0	26	4,5	388	4,0
<b>Total</b>	9095	100,0	588	100,0	9683	100,0

N= 9683. Datos expandidos

El 73,1% de los hombres y el 57,8% de las mujeres se ubicaron por debajo de los 35 años. (Tabla 5)

La edad promedio fue de 31 años (DS 30,3 – 31,8), ligeramente menor entre los varones con una media de 30,9 años respecto de las mujeres con 33,2 años. (Gráfica 1. Anexo 1. Tabla 6)



Este perfil demográfico no se ha modificado en los últimos 5 años. Similares resultados fueron observados en el I Censo Nacional de Reclusos realizado en 2010 (Vigna, 2012), en que el 73% de los hombres tenía menos de 36 años y el 64% de las mujeres eran menores de esa edad. El promedio de edad también fue menor en los hombres (31 años) que en las mujeres (33 años).

El **nivel educativo** muestra igual proporción de PPL con estudios primarios (terminados e inconclusos) que con estudios secundarios (48.5%). En los extremos, el 2,5% refirió no tener antecedentes de escolarización formal y el 0,7% indicó tener estudios terciarios.

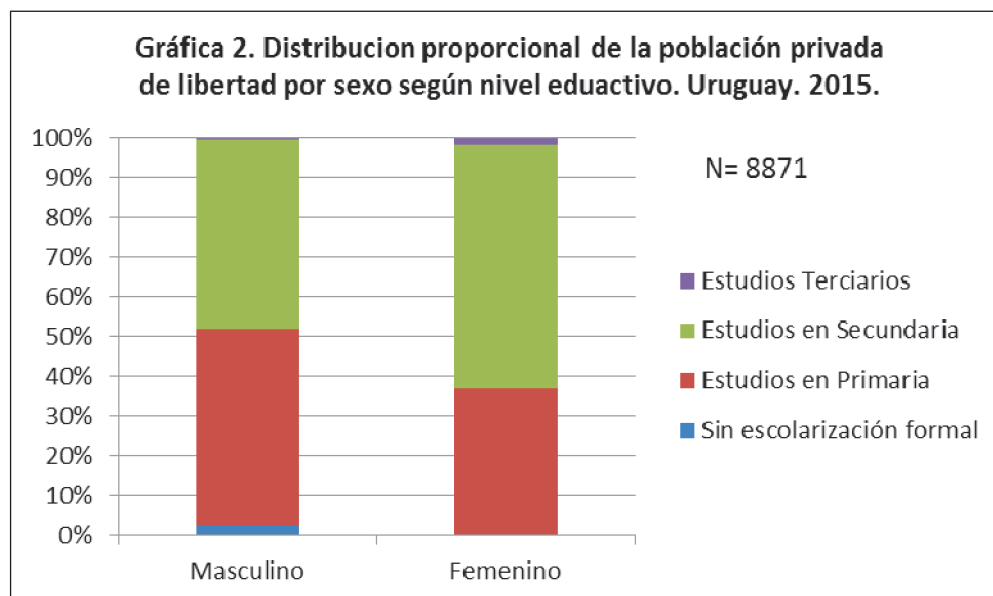
Las mujeres resultaron más educadas que los varones, con un 60% con estudios de nivel secundario. Asimismo la población menor de 19 años mostró un mejor nivel educativo con un 64,1 de nivel secundario. (Cuadro 1. Gráfica 2).

Similar perfil educativo fue observado en el Censo Nacional de Reclusos (MI –UdelaR, 2010; Vigna, 2012) con mayor acceso a Secundaria de las mujeres y de la generación más joven.

**Cuadro 1. Distribución de PPL según Nivel educativo, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Nivel educativo	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Sin escolarización formal	240	2,5	1,28-3,8	2,7	1,3-4,0	0,08	0-2,7	-	
Estudios en Primaria	4487	48,4	44,5-52,3	49,2	45,1-53,3	36,3	26,3-46,7	35,9	25,2-46,6
Estudios en Secundaria	4487	48,4	44,5-52,3	47,5	43,4-51,6	60,0	50,8-71,1	64,1	53,3-74,8
Estudios Terciarios	57	0,7	0-1,2	0,53	0-1,1	1,8	0-4,3	-	

N= 9683. Datos expandidos.



Se observó un 5,7% de analfabetos concentrado en los varones y predominante en los mayores de 19 años

La **situación de pareja** mostró un predominio de personas solteras (53,4%). Tanto varones y mujeres manifestaron tener una situación de pareja con vínculo estable con otra persona (casada o en unión libre), en una proporción cercana al 40%. Es un dato relevante para pensar las redes vinculares de donde pueden provenir eventuales apoyos para las PPL. Entre los menores de 19 años, la proporción de unión libre ascendió al 24,4%. (Anexo 1. Cuadro 11)

En este aspecto el Censo de 2010 mostraba menor proporción de personas con un vínculo estable de pareja (30%). En el presente estudio si bien es menor la proporción de casados/as (9,9%) respecto a 2010, el 29,7% manifestó estar en unión libre.

En lo referente a la **formación laboral** de las PPL, se observó que el 51,4% contaban con un oficio o profesión. Este se presenta como un dato relevante para plantearse los itinerarios de rehabilitación. Predominaron los oficios manuales (75,2%) aunque casi uno de cada 5 PPL manifestó tener formación técnica (18,6%).

Si bien entre las mujeres predominaron las que no tienen formación laboral específica (52,8%), entre ellas es mayor la proporción de personas con formación técnica (20,8%) y con formación profesional (7,6%).

Entre los menores de 19 años, uno de cada cinco (19,4) manifestó tener un oficio, predominando los oficios manuales. (Anexo 1. Cuadro 12)

En cuanto a **cobertura sanitaria** reportada fue mayoritariamente de ASSE (88%). La cobertura a través de una IAMC se observó en solo el 4% de las PPL, sin diferencias por sexo. Sin embargo, entre los menores de 19 años, la afiliación a una mutualista ascendió al 11%. (Anexo 1. Cuadro 13)

## LA SITUACIÓN DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

El **tiempo de privación de libertad** fue en promedio de 28 meses. Sin embargo la mediana fue bastante menor, de 17 meses, lo que significa que la mitad de las PPL, al momento de realizar el estudio, refirieron un tiempo de reclusión inferior o igual a 17 meses. Esto indica un rango muy importante en las observaciones con valores extremos que determinan el promedio. El 25 % de las PPL hacía 36 meses o más que estaba en privación de libertad.

El tiempo promedio de reclusión fue menor en las mujeres (25,8 meses) y en los menores de 19 años (6,4 meses). (Anexo 1. Cuadro 14)

Casi uno de cada tres, el **29,2%** de las PPL, tenía **antecedentes de internación como menor** con medidas privativas de libertad. Entre las mujeres el antecedente se presentó en solo el 17,4%, significativamente menor al porcentaje observado en los varones (29,9%).

La mitad de las PPL (**49,4%**) manifestó tener **antecedentes de privación de libertad como adulto**, lo que evidencia un índice intermedio de reincidencia penitenciaria, entendiendo como tal un nuevo ingreso en un centro penitenciario de personas que ya han sido sometidas con anterioridad (como mínimo una vez) a una medida de privación de libertad. Para dimensionar estos resultados es conveniente contrastarlos con otras realidades. En Chile se ha reportado una tasa de reincidencia de 50,5 (Morales, 2013). Estudios realizados en Cataluña han mostrado tasas de reincidencia 40.3% en 2008 y de 30.2% años en 2014 (Capdevila, 2015). Informes del Departamento de Estado consignan en Estados Unidos una reincidencia del 76,6% a los 5 años. (Durose, 2014)

Es de destacar que entre las mujeres la reincidencia mostró valores significativamente más bajos (29,9%) respecto de los varones (50,6%). (Anexo 1. Cuadro 15)

## ASPECTOS VINCULADOS A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son muy relevantes en nuestro país, dado que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan los primeros lugares de morbimortalidad, así como la diabetes, por el impacto sanitario de sus complicaciones.

En la población privada de libertad se estudió en este campo, la presencia y prevalencia de factores de riesgo para las ENT así como la prevalencia de algunas enfermedades como la HTA y la diabetes, que son a su vez, factores de riesgo para el desarrollo de otras patologías.

El **consumo de tabaco** se observó en el 73.9% de las PPL, y entre los fumadores, el 93% eran fumadores diarios, lo que representa a unos 6690 personas. (Anexo 1. Cuadro 17)

El 86.4% de las PPL, manifestó estar expuesta al humo de tabaco en espacios cerrados los 7 días de la semana.



Fue escasamente superior en el sexo femenino la prevalencia de consumo de tabaco (76.6%), así como la frecuencia de fumadoras a diario (95.7%). Sin embargo la exposición pasiva al humo de tabaco en espacios cerrados los 7 días de la semana, fue ligeramente inferior entre las mujeres (75.1%)

Entre los menores de 19 años, fumaban 8 de cada 10, y el 93.3% de los fumadores lo hacía a diario. El 90% manifestó estar expuesto al humo por 7 días a la semana, en espacios cerrados.

Estos índices de exposición al humo de tabaco, son notoriamente superiores a los observados en la población general. La prevalencia de consumo diario de tabaco para personas de ambos sexos, entre 15 y 64 años, alcanzó al 25.9% de la población en 2013 (MSP, 2015), mientras que en la población privada de libertad este guarismo ascendió al 69%. Por otro lado, en el estudio de prevalencia realizado por el MSP, se observó que en la población general solo el 14,7% de los no fumadores estaban expuestos de 5 a 7 días al humo de tabaco en sus hogares, y el 9% en sus lugares de trabajo o estudio.

Otros determinantes importantes en la aparición de ENT son la alimentación, particularmente lo referido a la ingesta de frutas y verduras y al consumo de sal, y los niveles de actividad física y sedentarismo.

Interrogados sobre el **consumo de frutas**<sup>4</sup> en la semana, el 54.6% de las PPL manifestó que nunca las consumía, mientras que el 32% respondió que no consumía nunca **verduras**<sup>5</sup>. (Anexo 1. Cuadro 17)

El consumo diario de frutas fue referido por solo el 8.5% de las PPL, y de verduras por el 41.7%

La combinación de frutas y/o verduras obtuvo la respuesta de consumo diario por parte del 46.1% de las PPL, mientras que el uno de cada 4 manifestó que nunca comía ninguna de las dos cosas (23.4%).

Es más frecuente que las mujeres nunca accedan a las frutas (68.3%) o a las verduras (61.3%), mostrando en este aspecto una diferencia significativa respecto de los varones.

Combinando las respuestas por frutas y/o verduras se observó que el 56.1% de las mujeres nunca consumía ninguna. Solo 1 de cada 4 mujeres (26.4%) consumía frutas y/o verduras a diario, mientras ese nivel de consumo se observó en casi la mitad de los varones, con diferencias estadísticamente significativas, que a la vez remiten a una inequidad de género en el campo de la alimentación y de la predisposición a desarrollar ENT. (Cuadro 2)

4. Frutas frescas: manzanas, bananas, naranjas, etc.

5. Verduras sin considerar papa o boniato.





**Cuadro 2. Distribución de PPL según Consumo de frutas y/o verduras en la semana, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Consumo de frutas y/o verduras en la semana	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Nunca	2247	23,4	20,2-26,5	21,2	17,9-24,6	56,1	45,9-66,2	5,6	0-12,1
Una vez por semana	1076	11,2	8,6-13,7	11,5	8,8-14,2	6,1	1,7-10,7	4,1	0-10,4
Entre 2 y 6 días/sem.	1849	19,2	16,2-22,3	19,7	16,5-22,9	11,3	5,1-17,5	16,5	7,5-25,5
Todos los días	4425	46,1	42,4-49,7	47,3	43,5-51,2	26,4	16,8-35,9	73,6	62,7-84,6

N= 9683. Datos expandidos.

Los adolescentes en cambio manifestaron mejor acceso a las frutas (diario en el 63%), pero menor a las verduras (diario en el 34%). Pero el 73.6% manifestó consumir diariamente frutas y/o verduras, y solo el 5.6% reportó que nunca las consume.

Estos resultados se dimensionan adecuadamente si los confrontamos con la recomendación de la OMS referida a aumentar el consumo de frutas y verduras dado que son fundamentales para garantizar una dieta diversificada y nutritiva. Se ha sugerido la ingesta de al menos 400 gramos de frutas y verduras al día (unas 5 porciones) para reducir el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular e hipertensión. (OMS, 2003)

El **nivel de actividad física** se exploró interrogando por el tiempo promedio en horas, en que las personas permanecían sin actividad física: sentadas o recostadas<sup>6</sup>. Este tiempo promedio fue de 6 horas en el conjunto de las PPL, ligeramente inferior en las mujeres (5.1horas). En promedio los adolescentes refirieron pasar 5.3 horas en el día sin actividad física. (Anexo 1. Cuadro 19)


Cuatro de cada 10 PPL expresó estar sin actividad física menos de 4 horas al día (40%), con mayor frecuencia entre las mujeres (47.7%).

El 16% de las PPL, sin diferencia entre varones y mujeres, afirmaron pasar más de 10 horas al día sin actividad física, lo que representa a 1570 personas en esta situación.

La inactividad física es identificada por la OMS como la causa principal en el mundo, de entre el 21% y el 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. (OMS, 2010)

La prevalencia de comportamiento sedentario (definido por MSP como  $\geq 7$  horas sentado o recostado) asciende en la población general al 26.8%, aun mayor en la población joven en que alcanza el 31.6%.

6. No se incluye el tiempo transcurrido durmiendo.



Las características de la alimentación y actividad física inciden directamente en la aparición de sobrepeso y obesidad. La prevalencia de **sobrepeso** fue de 30.4% y la de **obesidad** ascendió al 9.8% de las PPL. La tasa de prevalencia de obesidad fue significativamente mayor en las mujeres con un 21.7% (IC: 13.3 – 29.7). (Cuadro 5)

En su conjunto, el sobrepeso y la obesidad alcanzaron una tasa de prevalencia del 40.2%, por debajo de la observada a nivel nacional del 58.5% de la población. Sin embargo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la mujeres privadas de libertad que fue de 56.8% es muy similar al detectado en el total de la población femenina (56.4%).

Puede deducirse que determinados factores que disminuyen en los varones la aparición del sobrepeso y la obesidad en el ambiente penitenciario, no operan en las mujeres privadas de libertad, exponiéndolas a mayor riesgo de desarrollo de patología cardiovascular, diabetes y cáncer.

Respecto al **consumo de sal** se observó que 2 de cada 3 PPL le agregan sal a la comida (66%) siempre o casi siempre. Esta conducta se observa con menor frecuencia en las mujeres (45%) y en los adolescentes (22.8%). (Anexo 1. Cuadro 18). El 24% de las PPL raramente o nunca le agrega sal a la comida preparada, sobre todo las mujeres (39%) y los adolescentes (64%).

Estos índices se ubican por debajo de los observados en la población general, y particularmente entre los jóvenes que en un 84% le agregan siempre sal a los alimentos elaborados (MSP, 2013).

La recomendación de la OMS va en el sentido de disminuir la ingesta de sal, no superando 5 gramos de sal al día.

El **prevalencia de hipertensión arterial** entre las PPL ascendió a al **15.9%** (IC: 13.2 – 18.7). Se consideraron hipertensas aquellas que personas a las que se les constató presión arterial elevada en las mediciones<sup>7</sup> y las que manifestaron estar tomando medición antihipertensiva en la entrevista. Este resultado representa a 1520 con HTA en el sistema penitenciario, con un prevalencia muy similar entre varones y mujeres. Entre los menores de 19 años la HTA ascendió al 3.4%. (Cuadro 3)

Sin embargo solo el 17% de las PPL con hipertensión arterial estaba recibiendo tratamiento en el momento de la encuesta. (Anexo 1. Cuadro 20)

Dos de cada tres PPL manifestaron haber tenido alguna vez un control de su presión arterial por personal de salud, y entre los que habían sido controlados el **14.5%** reportó tener antecedentes de la comunicación por parte de un médico de que era hipertenso. El resultado es consistente con el nivel de prevalencia de hipertensión arterial constatado en esta población.

---

7. Se considera presión arterial está elevada cuando la presión sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y/o la presión diastólica es mayor o igual a 90 mmHg.

**Cuadro 3. Distribución de PPL según prevalencia de patologías seleccionadas, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Patología estudiada	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Obesidad	941	9,8	7,5-12,0	9,0	6,7-11,3	21,7	13,5-29,7	6,7	2,4-11,0
Hipertensión arterial	1520	15,9	13,2-18,7	16,0	13,0-18,9	15,4	(8,6-22,4)	3,4	0-8,5
Diabetes mellitus	374	3,9	(2,5-5,1)	3,5	(2,2-4,8)	8,7	(2,7-14,7)	2,3	0-5,0
Hipercolesterolemia	1535	16,0	13,3-18,7	15,3	12,6-18,2	24,9	16,3-33,6	2,5	0-5,5

N= 9683. Datos expandidos.

Comparando estos resultados con los de la 2ª ENFRECNT (MSP, 2013), se constata que la prevalencia de HTA es menor a la observada en la población general (29.9%), lo que se vincula a que las PPL son grupo poblacional que se concentra en los tramos de menor edad. Llama la atención sin embargo, que mientras en la población general el 40% de los hipertensos recibe tratamiento, este índice se reduce notoriamente entre las PPL (17%), lo que además de implicar una inequidad, significa una oportunidad perdida en el ámbito penitenciario para su adecuada atención. Esto refuerza la noción que es necesario protocolizar la captación y tratamiento oportuno de las PPL con presión arterial elevada. (Gráfica 3)

Respecto a la **prevalencia de diabetes mellitus**<sup>8</sup> podría estimarse en un **3.9%** en la población penitenciaria, lo que representa a 374 PPL, incluyendo a las personas medicadas con diagnóstico previo de diabetes, aquellas cuya medición de glucemia en ayunas fue superior a 125mg/dl, más las que sin estar en ayunas presentaron una glucemia igual o superior a 200mg/dl (considerando este último dato como un proxy para la estimación de prevalencia de diabetes). (Cuadro 3).

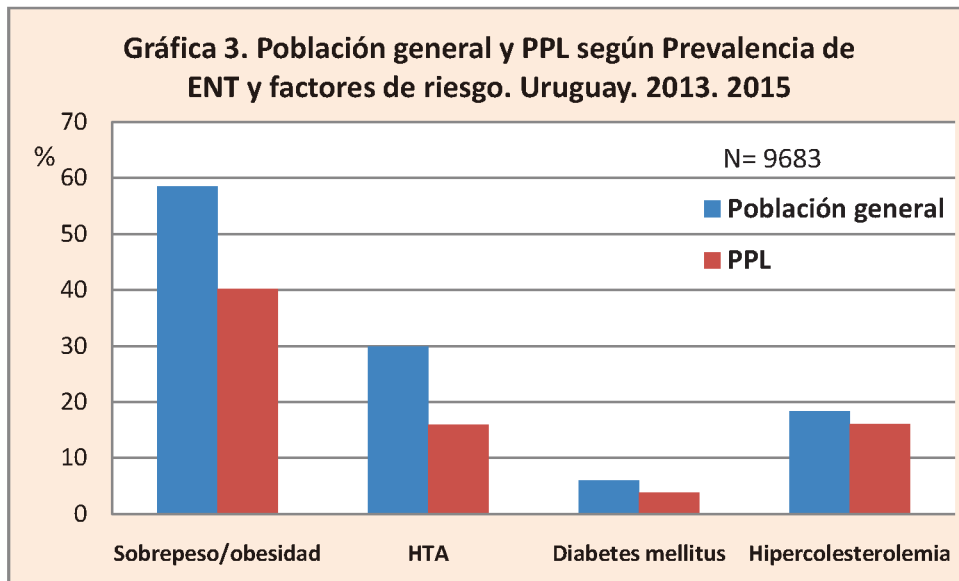
En la población nacional de 15 a 64 años las personas diabéticas ascienden al 6% y el 52% está en tratamiento medicamentoso (MSP, 2013). Sin embargo en el ámbito penitenciario solo el **9,3%** las personas con valores elevados de glucemia estaban en tratamiento con insulina o hipoglicemiantes orales. (Anexo 1. Cuadro 20)

El antecedente de haber tenido estudios previos de glucemia fue reportado por el 29% de las PPL, predominando en las mujeres (62%). Entre las personas estudiadas anteriormente, el 6.4% había recibido de un profesional la información de que tenía valores elevados de glucemia, proporción consistente con la observada en la población general.

Estos datos permiten concluir que una importante proporción de personas con valores elevados de glucemia no están diagnosticadas, y muchos de los que han tenido anteriormente una oportunidad diagnóstica en contactos con el sistema de salud, no están

8. Glucemia en ayunas  $\geq 126$  mg/dl + glicemia sin ayuno  $\geq 200$  mg/dl + personas encuestadas que refirieron ser diabéticos y estar en tratamiento medicamentoso

tratados en el momento actual. Esto sugiere que es imperativo modificar esta situación de alto riesgo mediante la implementación de un protocolo de captación precoz y tratamiento oportuno de la diabetes en la población penitenciaria.



La **colesterolemia elevada**<sup>9</sup> se observó en el **16%** (IC: 13.3 – 18.7) de las PPL, lo que representa a 1535 personas; la prevalencia de hipercolesterolemia fue significativamente mayor en las mujeres (24.9%). (Cuadro 3) El 3.2% (309 PPL) mostró valores críticos por encima de 250 mg/dl.

Sin embargo solo el 1.7% de los casos de hipercolesterolemia manifestó estar recibiendo tratamiento actual. (Anexo 1. Cuadro 20)

En la población general la hipercolesterolemia asciende al 18.4% de las personas entre 15 y 64 años (MSP, 2013). Entre las PPL había sido estudiadas previamente solo el 17.8%, más frecuentemente entre las mujeres (32.9%). En el grupo de las personas estudiadas, el 22% (380 personas) tenía información previa de que sus niveles de colesterolemia eran altos.

También respecto a este problema de salud vemos una carencia notoria en la detección y el tratamiento oportuno, configurando un factor de riesgo conocido para el desarrollo de patología cardiovascular. Los resultados sugieren que no es un aspecto de la salud de las personas explorado en forma sistemática, a pesar de su elevada prevalencia en la población penitenciaria y en la población general.

9. Valores superiores a 200 mg/dl

## ASPECTOS VINCULADOS A LESIONES Y VIOLENCIAS

El estudio de las lesiones en el ámbito penitenciario merece una atención particular por la frecuencia con que suceden y por las implicancias que pueden tener para la salud de las PPL y para el diseño de los dispositivos asistenciales del sistema sanitario que debe brindarles atención oportuna.

Se exploró la incidencia de **lesiones graves**<sup>10</sup> en los últimos 12 meses, obteniendo una tasa de incidencia del 22.2% (IC: 18.9 – 25.2), que representa a unas 2140 personas lesionadas al año, predominando en varones y particularmente en adolescentes (30,5%). (Anexo 1. Cuadro 25)

La proporción de las lesiones de mayor gravedad que requirieron **hospitalización**<sup>11</sup> ocurrieron en el 37% de los casos, con una frecuencia significativamente mayor en varones. (Cuadro 4)

**Cuadro 4. Distribución de PPL según frecuencia de lesiones que requirieron hospitalización, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Lesiones que requirieron hospitalización	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
SI	807	37,0	29,1-45,1	38,5	30,2-46,7	10,7	0-22,1	42,8	22,5-63,0
NO	1330	61,2	53,1-69,2	60,1	51,8-68,5	79,9	63,6-96,1	57,2	36,7-77,5
N/c	38	1,8	0-3,7	1,3	0-3,2	9,5	0-22,2	0	-

N= 9683. Datos expandidos.

Respecto a las **causas de las lesiones**, casi la mitad estuvo vinculada a *heridas con objeto cortante* (46.8%), seguida de *golpes por una o más personas* (15.9%), ambas indicativas de episodios de violencia entre internos.

Sin embargo esta relación que se observa en los varones, se invierte entre las mujeres, ocupando el primer lugar como causa de lesiones los *golpes por una o más personas* (23.7%), seguida por la *quemaduras* que se ubican a la par de las *heridas con objeto cortante*.

Entre los menores de 19 años, ocupar el primer lugar *disparo por arma de fuego*, con el 23.6 de los casos, seguido de las *caídas* y los *golpes por una o más personas*. (Gráfica 4).

Si bien las armas de fuego ocupan el 5° lugar en las causas de lesiones en el conjunto de las PPL, en números absolutos podrían estimarse en 150 al año los lesionados por esta

10. Lesiones graves: aquellas que requirieron atención médica.

11. Hospitalización se refiere a haber pasado al menos una noche internado (no a ser atendido puntualmente en un servicio de urgencia o emergencia)



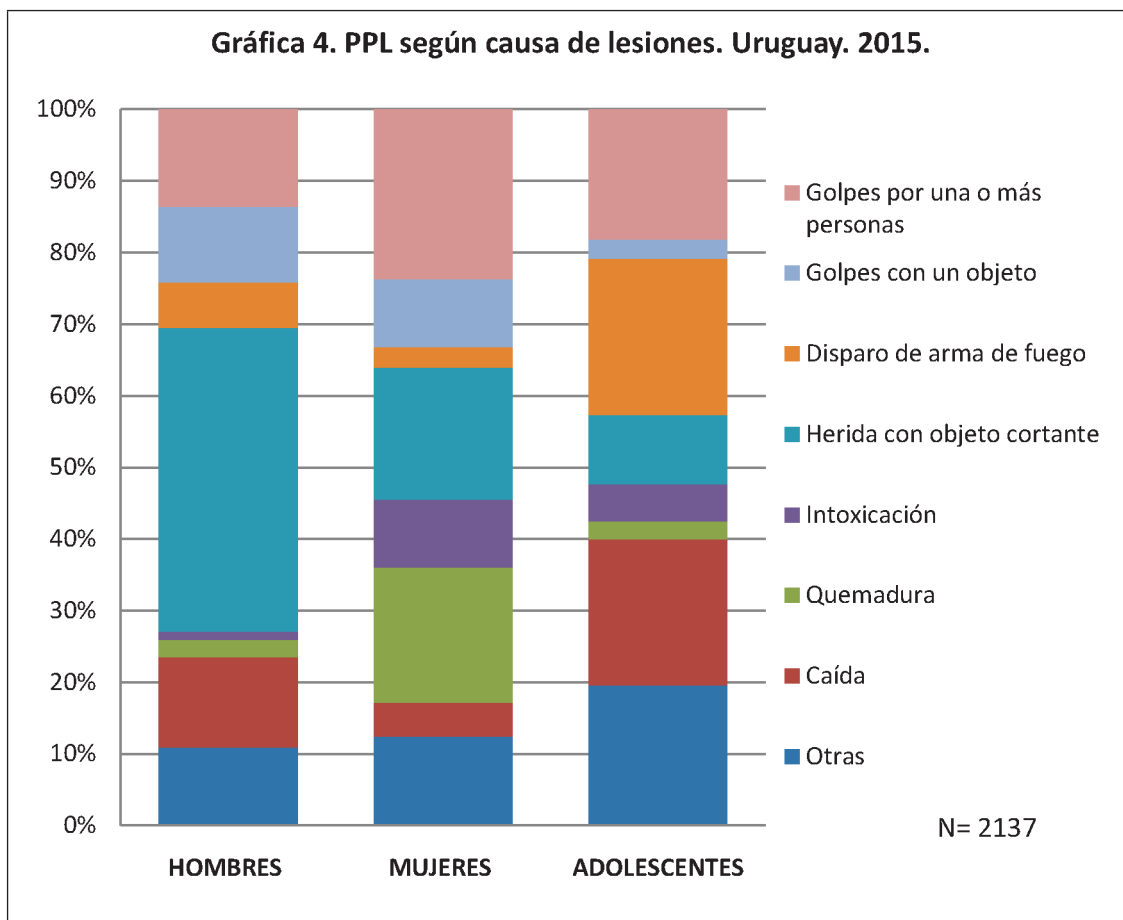


causa, y al menos 100 casos requirieron hospitalización (Cuadro 9). Llama la atención este resultado, dado que podría evidenciar la circulación de estas armas entre los internos, o pondría de manifiesto su utilización por parte del personal de custodia en situaciones de legítima defensa, de tentativas de evasión, motines, etc. En cualquier caso amerita un análisis sobre los determinantes de este fenómeno, dado que las Reglas Mínimas son muy restrictivas a este respecto.

En cuanto a la **modalidad de las lesiones**, fueron tipificadas por los entrevistados como *accidentales* en un tercio de los casos, ligeramente superior entre las mujeres, mientras que la *intencionalidad por agresión* fue la generadora de la mitad de las lesiones, en igual proporción en ambos sexos.

Las lesiones *auto infligidas* fueron el 17.9% y se comentarán en las pág. 55 y 57.

En todos los casos se instala un importante desafío para las instituciones y el equipo de salud, respecto a implementar intervenciones preventivas.



En todos los casos se instala un importante desafío para las instituciones y el equipo de salud, respecto a implementar intervenciones preventivas.

## OTROS ASPECTOS DE MORBILIDAD

El perfil de morbilidad de las PPL se completa con algunas aproximaciones a la incidencia de **enfermedades infecciosas**, según la respuesta de los entrevistados respecto a episodios sintomáticos en el momento de la entrevista o en la semana en curso. Estas patologías implican una carga de enfermedad sobre el sistema asistencial penitenciario, que debe ser atendida en forma oportuna para evitar complicaciones o la diseminación de las enfermedades infecciosas transmisibles.

La tasa de incidencia de las infecciones respiratorias agudas con tos y expectoración, fue del 28.5% (IC: 25.0–31.8), que representa 2744 personas. Se presentaron más frecuentemente en las mujeres (36%) y en los adolescentes (34.6%). (Anexo 1. Cuadro 24)

Las infecciones de piel alcanzaron una incidencia del 5.7% (IC: 4.2 – 7.8), casi duplicada entre las mujeres (10,8%). El resultado remite a unas 580 personas afectadas.

Los síntomas de infección urinaria baja se detectaron en el 3.9% de las PPL, con guarismos muy similares en ambos sexos y en adolescentes.

Respecto al **antecedente de Tuberculosis** referido por las PPL, ascendió al 4% (IC: 2.5 – 5.5), sin diferencias significativas según sexo y sin ningún caso entre los adolescentes. Es un resultado consistente con los estudios de SAI-PPL y la CHLA-EP, que han mostrado que entre el 1.2% y el 1.4% de las baciloscopías realizadas al ingreso en la UIDDZM son positivas.

## ASPECTOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

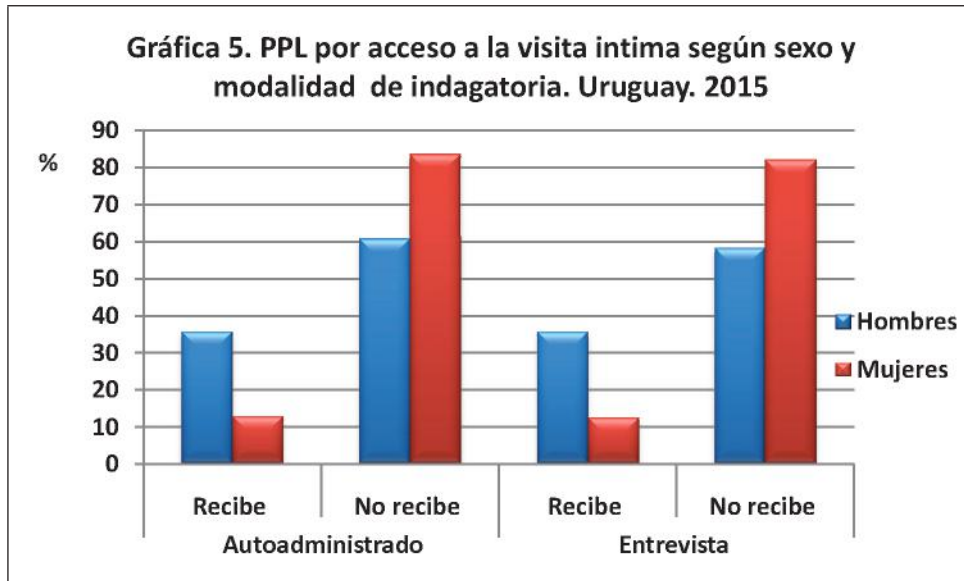
En el vasto campo de la SSyR se estudiaron algunas variables trazadoras respecto al ejercicio de los DDSSRR, antecedentes de estudios preventivos, incidencia de ITS y valoración de algunos factores de riesgo.

Las características de las prácticas sexuales en situación de privación de libertad se exploraron a través de la indagatoria sobre las visitas íntimas (denominadas visitas conyugales), las relaciones sexuales fuera de ese marco, el uso de condón y los antecedentes de violencia sexual.

Las visitas íntimas fueron exploradas en dos momentos del estudio. En la encuesta cara a cara con el entrevistador, y a través del formulario auto administrado. Según los datos de la entrevista solo un tercio de la población penitenciaria recibe **visitas íntimas**. El 60% de las PPL encuestadas manifestó no recibir visitas conyugales; en el caso de los adolescentes encuestados en los centros de SIRPA (5%), la restricción está determinada por el marco normativo que las prohíbe. (Anexo 1. Cuadro 16)

Las mujeres privadas de libertad **no se benefician** de estas visitas en el **82.2%** de los casos, proporción significativamente mayor a la observada en los varones (**58.4%**), evidenciando una clara inequidad de género en esta modalidad del ejercicio de la sexualidad.

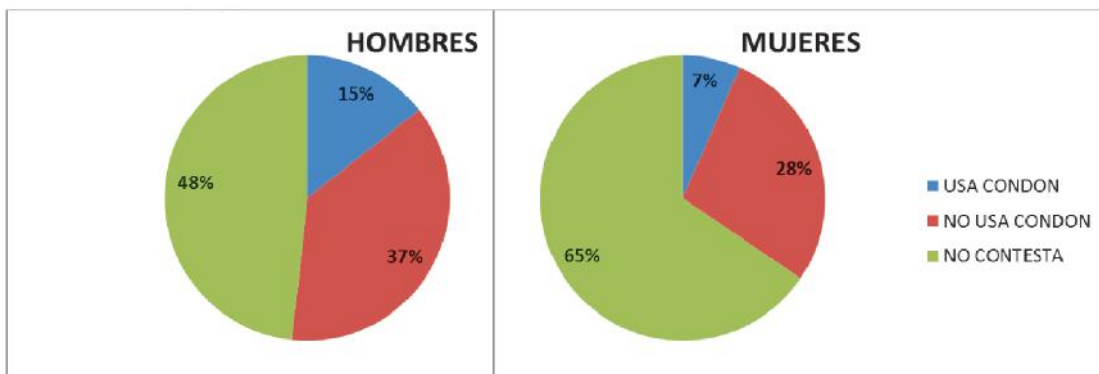
La proporción de PPL con acceso a la visita íntima fue consistente con las respuestas del cuestionario auto administrado, al igual que las diferencias por sexo (Gráfica 5).



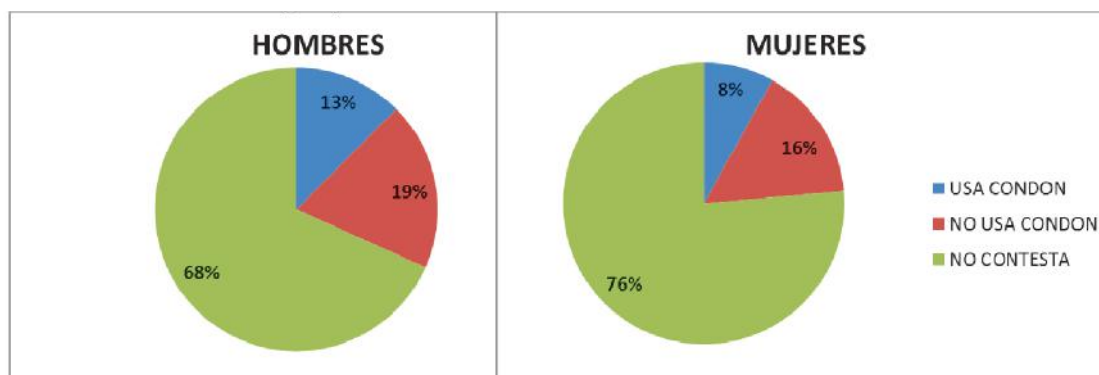
Entre las aproximadamente 3.300 personas que reciben visitas íntimas, la frecuencia es semanal en el 38% de los casos, mensual en el 45% y anual en el 10%, sin diferencias sustantivas entre ambos sexos.

El **uso de preservativo** en las relaciones sexuales mantenidas durante las visitas íntimas, fue consignado por solamente el 13.7% de las PPL, pero la frecuencia del uso de condón en los varones duplicó a la observada entre las mujeres, evidenciando una mayor exposición de las mismas a las ITS. (Gráfica 6) El entramado causal seguramente se vincula al escaso interés en el uso de preservativo, posibles dificultades en la negociación con su pareja respecto al uso del condón y eventualmente barreras de acceso al mismo. (Anexo 1. Cuadro 31)

**Gráfica 6. Distribución de las PPL por sexo según uso de condón en las visitas íntimas. Uruguay. 2015.**



**Gráfica 7. Distribución de las PPL por sexo según uso de condón fuera de las visitas íntimas. Uruguay. 2015.**



El 4.5% de la población penitenciaria (alrededor de 400 personas) manifestó mantener **relaciones sexuales por fuera de la visita íntima**. El uso de condón en estas relaciones alcanzó aún menores porcentajes, aunque también predominó en los varones. (Gráfica 7)

El índice de no respuesta en estas preguntas fue muy elevado. Cuando refiere a un formulario auto administrado es complejo interpretarlo. Puede vincularse a que no contestaron las personas que no tienen relaciones, si bien el porcentaje que contestó es mayor al que admitió mantener relaciones en el marco de visitas íntimas o fuera del mismo.

Respecto al **antecedente de ITS en los últimos dos años**, conocido y manifestado por los encuestados, fue constatado en el 6.5% de las PPL, con diferencias significativas entre hombres (5.7%) y mujeres (20.7%). Nos remite al hecho de que las mujeres son más indagadas que los varones durante su trayectoria reproductiva, respecto a la incidencia de ITS. Las distintas ITS referidas por los encuestados aparecen en el Cuadro 5.

**Cuadro 5. PPL según Antecedentes de ITS en los últimos dos años por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Antecedente de ITS	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
VIH	62	0,6	0-1,25	0,5	0-1,1	1,7	0-4,2	0	-
Sífilis	350	3,6	2,1-5,0	3,3	1,8-4,7	8,0	2,9-13,1	0	-
HPV	46	0,47	0,17-0,77	0	-	7,7	2,7-12,7	0,5	0-1,6
Gonorrea	33	0,34	0-0,81	0,3	0-0,8	0	-	0	-
Otras	76	0,78	0,11-1,45	0,6	0-1,3	2,7	0-5,7	0,9	0-2,7

N= 9683. Datos expandidos.



PROGRAMA DE  
JUSTICIA E INCLUSIÓN

La realización previa de estudios para determinar infección por sífilis o VIH, fue manifestado por el 65% de los varones y el 89% de las mujeres, resultando la diferencia estadísticamente significativa. La alta proporción de estudios previos en las PPL también se vincula a que esta indagatoria está integrada, desde diciembre de 2013, a los estudios de rutina de la UIDDZM, que es la puerta de entrada de los adultos al sistema penitenciario de la zona metropolitana.

**Cuadro 6. Distribución de PPL según resultados del tamizaje para ITS, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Resultado del test rápido	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>VIH positivo</b> (luego confirmados)	131	1,3	0,42-2,25	1,2	0,2-2,1	3,6	0-7,0	0	-
VIH+ conocidos	126	1,25	0,4-2,2	1,2	0-2,1	2,75	0-5,7	0	-
VIH+ nuevos	5	0,05	0-0,15	0	-	0,85	0-2,5	0	-
<b>VDRL positivo</b>	575	6,0	4,0-8,0	5,3	3,8-7,5	15,8	8,1-21,5	1,5	0-3,7
Sífilis previa Memoria Inmunológica	492	5,1	3,5-6,7	4,5	2,8-6,1	14,0	0-20,0	1,5	0-3,7
Sífilis en tratamiento	29	0,3	0-0,7	0,2	0-0,5	1,8	0,6-4,3	0	-
Sífilis nueva detectada	54	0,6	0-1,1	0,6	0-1,2	0	-	0	-

N= 9683. Datos expandidos.

El test rápido de VIH realizado, con confirmación posterior en laboratorio, mostró una **prevalencia de personas que viven con VIH** en el sistema penitenciario de 1.3% (IC: 0.4 – 2.2), lo que representa 131 casos. Fue mayor en las mujeres (3.6%) respecto de los varones. No se encontraron casos de VIH + entre los menores de 19 años. (Cuadro 6)

Un caso confirmado VIH+ desconocía su condición y fue detectado por el estudio. La aplicación de los factores de expansión de la muestra (este caso representa a 5 PPL), permitiría estimar en 5/10.000 la **prevalencia de casos desconocidos de VIH** en todo el sistema penitenciario.

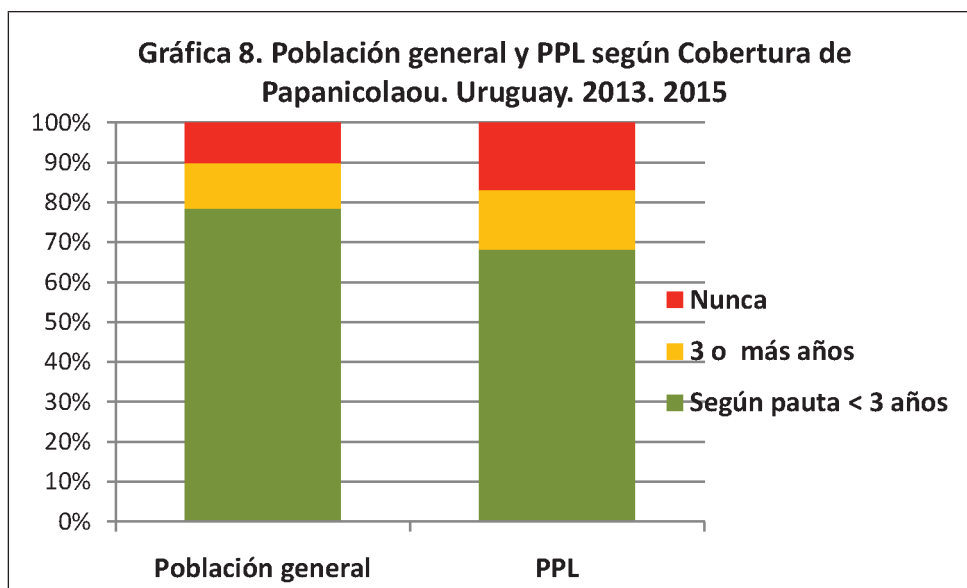
Respecto a la sífilis el test rápido se presentó positivo el 6% las PPL tamizadas, pero luego del estudio confirmatorio el 5.1% resultó ser una memoria inmunológica por una infección previa. El resultado es superior al obtenido en la entrevista en que solo el 3.6% manifestó el antecedente luético.

La tasa de **incidencia de sífilis activa** luego del estudio confirmatorio con VDRL, ascendió a 0.9%, que representa 83 casos. Entre estos el 35% estaba en tratamiento. Aplicando los factores de expansión de la muestra, este hallazgo permite estimar que puede haber 54



personas con sífilis activa sin diagnóstico en el sistema penitenciario. Los casos detectados correspondían a varones de una UIPPL del interior, en cuyo ingreso no se realiza el tamizaje para sífilis (como ocurre con la UIDDZM), lo cual indica la importancia de generalizar un protocolo de ingreso que incluya este despistaje en todas las UIPPL del INR.

Respecto a los **antecedentes de estudios preventivos** como el test de **Papanicolaou**, casi un tercio de la mujeres entre 21 y 64 años nunca se lo había hecho o se lo habían realizado hacía más de 3 años. En la “Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero” del MSP se recomienda el inicio del tamizaje a los 21 años y cada 3 años. (Anexo 1. Cuadro 22)



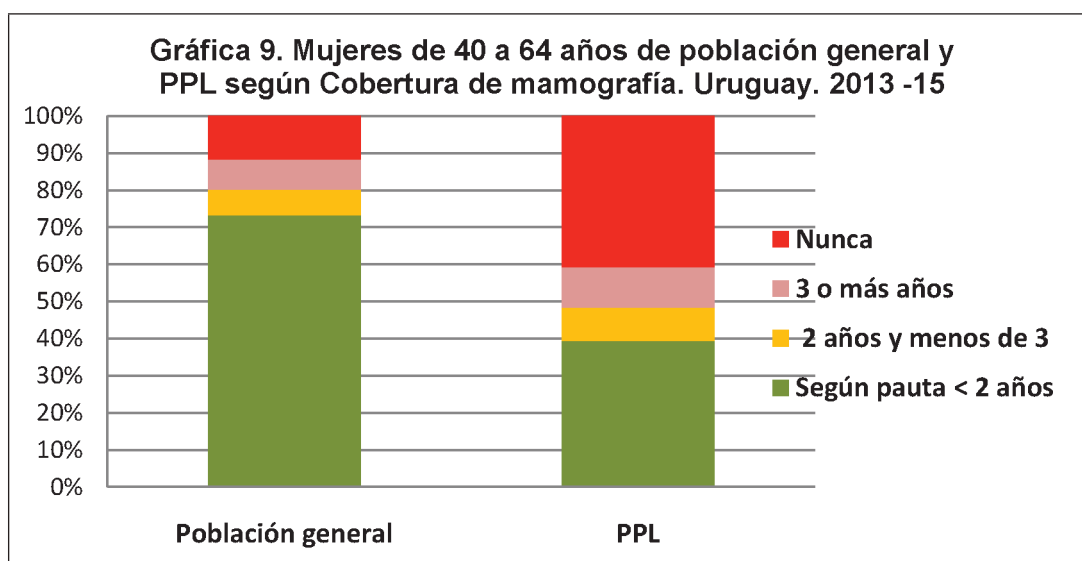
El 68.2 % de las mujeres en privación de libertad en este tramo etario, se la había realizado acorde a la pauta. La cobertura de PAP según la pauta es 10 puntos porcentuales menor a la observada en la población general, que ascendió a 78.4% en la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el año 2013. (Gráfica 8)

En relación a la prevención del cáncer de mama, cabe destacar que el 41% de las mujeres en privación de libertad manifestó que nunca había tenido un examen de mamas realizado por médico. Solo en un 29% habían sido examinadas en el último año.

En relación al antecedente de haberse realizado una **mamografía** entre las mujeres de 40 a 64 años, se observó que el 39% cumplía con la recomendación del MSP de realizar este estudio al menos cada dos años. Los datos de la 2ª ENFRECNT muestran que a nivel nacional el 73,2% de las mujeres de 40 a 64 años se realizó una mamografía en los dos últimos años. (MSP, 2013).

Fuera de la pauta se encontraba el 61% de las mujeres y el 38,6% nunca se había realizado una mamografía. En este grupo etario de la población femenina del país, se encuentra fuera de la pauta el 26.8% y solo el 11.7% de las mujeres nunca se realizó una mamografía. (Gráfica 9)

Las mujeres privadas de libertad tienen más probabilidad de enfrentar un diagnóstico tardío de cáncer de mama, ya que prácticamente 4 de cada 10 nunca accedió a una mamografía, mientras que esta situación solo se da en 1 de cada 10 mujeres uruguayas.



En el campo de la salud sexual se exploró el antecedente de haber sufrido o sufrir **violencia sexual** (violación o abuso sexual) en reclusión, encontrado una respuesta positiva en el formulario administrado del 1.3% lo que representa 130 personas. Fue mucho más frecuente en mujeres (6.6%) y en menores de 19 años (2.6%). (Anexo 1. Cuadro 31)

## ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL

En el campo de la Salud Mental es importante analizar los resultados referidos a algunas conductas o situaciones que pueden ser indicativas o trazadoras de trastornos o constituirse en factores de riesgo para el desarrollo de patología psiquiátrica en el ámbito penitenciario.

El estudio exploró tres áreas sensibles: el beneficio de visitas, las expresiones de agresividad de las PPL dirigidas hacia los demás o hacia sí mismas y el consumo de sustancias psicoactivas.

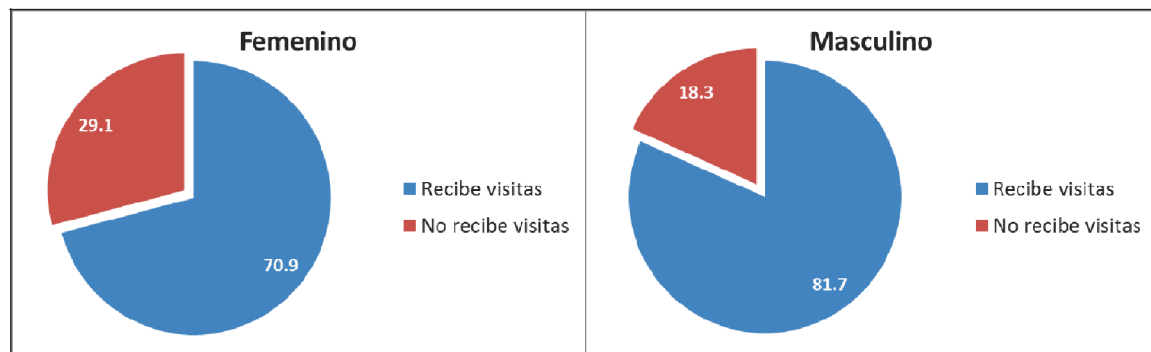
La tenencia de **visitas** impacta positivamente en la dimensión afectiva de las PPL y constituye un elemento clave para sobrellevar la situación de privación de libertad. Significan un apoyo afectivo y un contacto relevante con el mundo exterior al sistema penitenciario, por

el que se vehiculiza, además, el soporte material para la resolución de algunas necesidades básicas de la vida cotidiana.

Uno de cada cinco entrevistados (**19,1%**) manifestó **no recibir visitas**. Los datos expandidos permiten valorar la magnitud de este problema, que afecta a unas 1845 personas en privación de libertad. (Anexo 1. Cuadro 16)

Entre la población femenina la falta de visitas alcanzó al **29,1%**, significativamente mayor que en los varones, mostrando un deterioro respecto a los datos ya reportados por el Censo de 2010, que mostraba que el 25% de las mujeres recibía visitas, en proporción similar a los varones. El resultado es consistente con otros informes que muestran un mayor abandono de las mujeres y desarraigo de su grupo de pertenencia o redes de apoyo y sostén. (CELS, 2011; MTMPL, 2006)

**Gráfica 10. PPL por sexo según tenencia de visitas. Uruguay. 2015.**



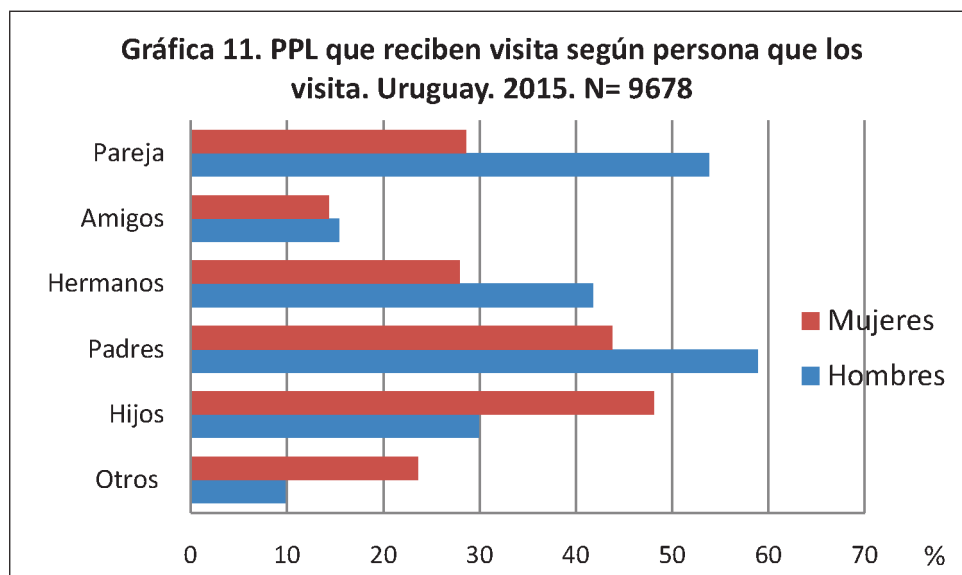
N=9683

Entre los menores de 19 años la proporción que no recibe visitas alcanzó el 6,8%.

Analizando el conjunto de las PPL, **quienes realizan la visita** son mayoritariamente los padres (59%) seguidos de la pareja (52,5%).

Los varones son visitados principalmente por sus padres (59%) y las mujeres por sus hijos (48%). (Gráfica 11)

La pareja visita al 54% de los hombres, y solo al 29% de las mujeres, mostrando una diferencia significativa de los comportamientos según el género. Este diferencial de género también se observó respecto de la visita de los padres, que visitan menos a sus hijas (44%) que a sus hijos (59%). Predominan los familiares respecto de los amigos, que solo visitan al 15% de las PPL, sin diferencias según sexo.



Respecto a la **frecuencia de las visitas**, el 52% de las PPL reciben visitas en forma semanal, sin diferencias relevantes por sexo. Los adolescentes reciben visitas semanalmente en el 86% de los casos.

Las expresiones de agresividad de las PPL se exploraron operativamente a través de los antecedentes de lesiones y de variables vinculadas a intentos de autoeliminación.

La **incidencia en el último año de lesiones que requirieron atención médica** ascendió al 22.2% de las PPL, que representan a 2.137 personas. Fue significativamente mayor en los varones (22.4%) respecto de las mujeres (17.2%). Entre los adolescentes ascendió al 30.5%. (Anexo 1. Cuadro 25)

En el 37% de los casos, la gravedad de las lesiones determinó la **internación** de la persona durante al menos una noche. Exigió internación solamente una de cada 10 mujeres lesionadas, pero 4 de cada 10 varones, que mostraron similares guarismos que los adolescentes (42.8%).

Las lesiones que requirieron internación fueron vinculadas a accidentes, por los encuestados, en un tercio de los casos. El 67% fueron intencionales.

La intencionalidad de agredir a otro estuvo a la base del 49% de los episodios de lesiones graves (con internación), con una frecuencia muy similar en ambos sexos, y a la observada en adolescentes (51.4%).

Sin embargo, las lesiones auto infligidas se presentaron con mayor frecuencia entre los varones (18.1%) que en las mujeres (13.7%) aunque la diferencia no tuvo significación estadística. El 7% de las lesiones graves fueron auto infligidas entre los adolescentes.

El antecedente de haber pensado en quitarse la vida en algún momento de su reclusión fue consignado por el 22.4% de las PPL que respondieron al cuestionario auto administrado;



fue similar entre varones y mujeres y representa 1.982 personas con antecedente de ideación suicida. Entre los menores de 19 años, casi el 16% reportó este antecedente. (Anexo 1. Cuadro 32)

El hecho de haber intentado efectivamente quitarse la vida en reclusión (IAE), fue recordado por el 13.2% de los encuestados, ligeramente superior entre las mujeres. Uno de cada diez adolescentes en privación de libertad (11.6%) manifestó haber transitado intentos de autoeliminación.

Los intentos de autoeliminación o las conductas autolesivas en las cárceles pueden poseer múltiples significados. Se afirma que *“los intentos de suicidio y autolesiones pueden ser vistos como forma de dar una temporalidad... de introducir variación en la vida de la prisión, de romper la monotonía del tiempo...”* (Ruiz, J. et al; 2008). Es una situación que convoca el concepto de que el intento de suicidio, más que un deseo de morir, remite al deseo de no seguir viviendo así. (Peláez, S; 2015)<sup>12</sup>

Las autolesiones graves, si bien no tienen una intencionalidad suicida, deben requerir una atención particular dado que revisten una mayor gravedad por la intensidad del acto. Podría considerarse una conducta parasuicida, sin una intencionalidad de causarse la muerte.

Un historial de reiteración de autolesiones debe ser considerado un factor de riesgo, ya que las personas que se suicidan tienen una tasa elevada de autolesiones.

El comportamiento suicida puede desencadenar, en algunos casos, un comportamiento imitativo en otras personas. Algunos estudios indican que 5% de los intentos de suicidio se da por imitación.

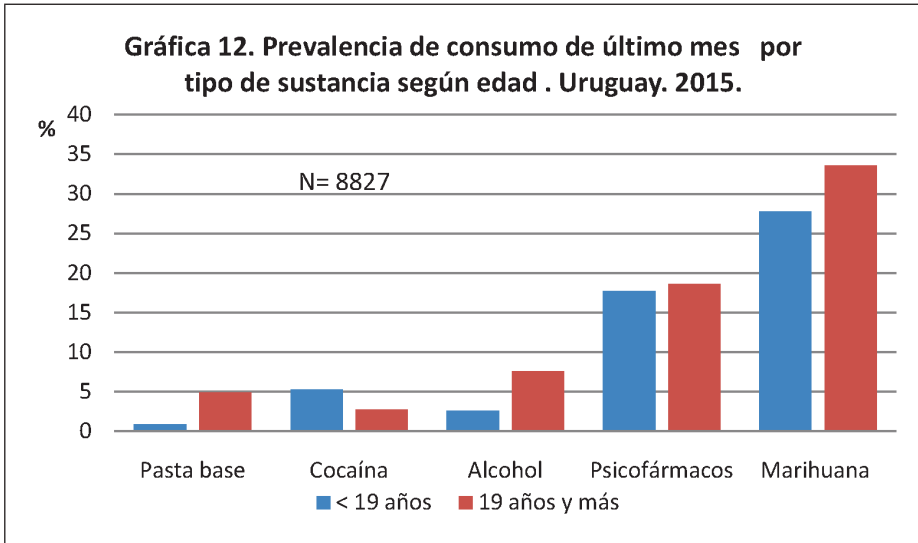
Cuando el marco temporal del antecedente se circunscribió al último año, el 8.2% (que representan a 723 PPL), manifestó haber realizado un IAE en ese período, con más frecuencia entre los varones (8.3%) respecto de las mujeres (6.4%). Entre los adolescentes fue reportado por el 9%.

La tasa de suicidio en nuestro país es 17/100.000 habitantes. Según la OMS la relación entre IAE y suicidio consumado es de 20 a 1. En base a esta relación, podría calcularse que si en un año suceden 723 IAE entre 10.000 personas del sistema penitenciario, ello equivale a una alta probabilidad de que sucedan 36 muertes por suicidio al año. Esta tasa “potencial” de 36 por 10.000 significaría una probabilidad de suicidio **21 veces mayor** a la observada en la población general.

Respecto al **consumo de sustancias psicoactivas** se observó que la marihuana y los psicofármacos son las sustancias más consumidas en el ámbito penitenciario. En la mayoría de las sustancias exploradas el nivel de consumo fue menor por debajo de los 19 años. (Gráfica 12) (Anexo 1. Cuadros 28 a 30)

12. Comunicación personal.

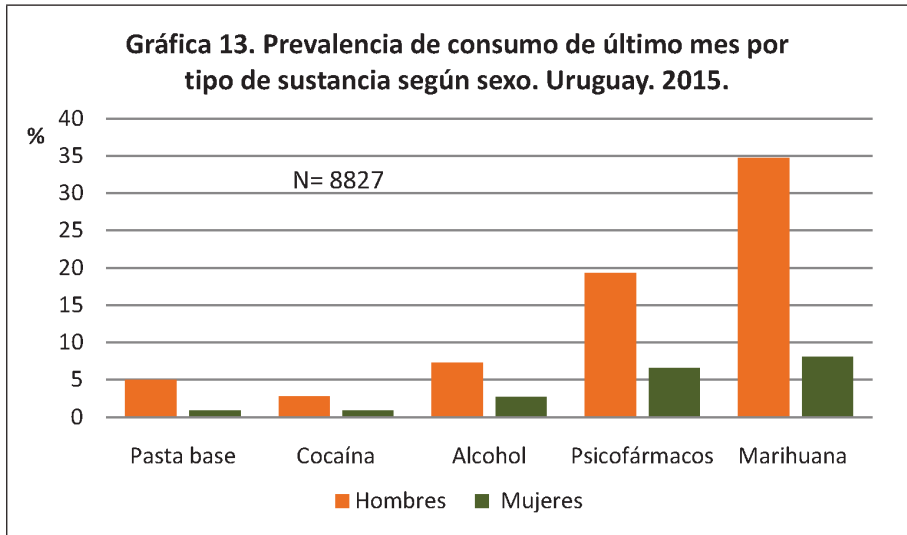




El 35% de los varones y el 8% de las mujeres, así como el 28% de los adolescentes, manifestaron haber consumido marihuana el último mes. Los psicofármacos sin indicación médica fueron consumidos por el 19% de los varones y el 6.6% de las mujeres (Gráfica 13); entre los menores de 19 años la prevalencia en el último mes fue del 17.7%.

El consumo de alcohol en el último mes fue reportado por el 7.3% de los varones y el 2.7% de las mujeres. Es notoriamente inferior al observado en la población general de 60% en los hombres y 38% en las mujeres (MSP. 2013), lo cual se vincula a la normativa vigente que prohíbe el consumo de alcohol en las UIPPL.

Sin embargo, el 2.6% de las PPL manifestó haber consumido **alcohol a diario** en el último año, lo que representa a una 230 personas en el sistema penitenciario. Llama la atención, en un entorno donde está prohibido el consumo de alcohol, la similitud de este nivel de prevalencia al observado en la población general que asciende al 3.2% (MSP, 2013).



## ASPECTOS VINCULADOS A LA SALUD BUCAL

Las enfermedades y trastornos de la Salud Bucal son un problema de salud pública en el país, y adquieren expresiones particulares en el ámbito penitenciario. (Anexo 1. Cuadro 27)

La práctica del **cepillado dental** en el ámbito penitenciario mostró que el 88.3% de las PPL lo realiza al menos una vez al día, con mejor índice entre las mujeres y los adolescentes (92,8%). Sin embargo uno de cada diez varones manifiesta que no practica el cepillado diario, y casi el 1% nunca lo realiza.

El análisis de la **cantidad de dientes naturales** que conservan las PPL<sup>13</sup>, mostró que el 34% de las personas conservan menos de 20 dientes naturales. La décima parte de la población penitenciaria cuenta con menos de 10 dientes naturales. La problemática afecta más a las mujeres y comienza a expresarse antes de los 19 años. (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Distribución de PPL según Cantidad de dientes naturales, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Cantidad de dientes naturales	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
S/dientes naturales	64	0,6	0-1,1	0,3	0-0,7	5,3	0,5-10,0	0	0
1 a 9 dientes	851	8,7	6,6-10,9	8,7	6,4-10,9	10,1	3,5-16,7	0	0
10 a 19 dientes	2396	24,7	21,5-28,0	24,7	21,2-28,0	26,5	17,5-35,3	8,7	1,5-15,8
20 dientes o más	6356	65,7	62,0-69,2	66,2	62,5-70,0	57,0	64,7-67,1	90,1	82,8-97,4
No sabe	16	0,1	0-0,4	0,1	0-0,3	1,1	0-2,5	1,15	0-2,5

N= 9683. Datos expandidos.

El 38.1% de las PPL, que representa a 3690 personas, manifestaron haber tenido **síntomas bucodentales** de dolor o algún tipo de malestar. Esta proporción fue muy similar en hombres y mujeres, así como en adolescentes y adultos.

Respecto al tiempo transcurrido desde la última consulta al odontólogo, uno de cada 3 PPL manifestó haber sido atendida en los últimos 6 meses, con una proporción significativamente mayor en las mujeres (54%) y en los menores de 19 años (57.7%).

Asimismo casi un tercio de las PPL, afirmó que hacía más de 2 años que no era atendido por un odontólogo. El porcentaje fue mayor en varones (33.7%) y en mayores de 19 años (35 %). (Cuadro 8)

13. Un adulto en condiciones saludables debe tener 32 dientes permanentes.



**Cuadro 8. Distribución de PPL según Tiempo desde la última consulta con odontólogo, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Tiempo desde la última consulta con odontólogo	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Menos de 6 meses	3030	29,8	26,2-33,3	31,3	27,8-34,7	54	43,8-64,3	57,7	46,7-68,5
6 a 12 meses	1969	20,3	17,0-23,5	20,3	17,2-23,4	20,7	12,7-28,7	18,5	9,5-27,7
Más de 1 año pero menos de 2 años	1568	16,8	13,8-19,7	16,2	13,3-19,0	7,9	0-13,4	12,7	5-20,5
Más de 2 pero menos de 5 años	1696	18,0	14,9-21,0	17,5	14,6-20,4	9,7	2,5-16,7	9,1	2-16,3
5 o más años	860	9,1	6,8-11,4	8,8	6,7-11,0	5,2	0-9,8	0	0
Nunca recibió atención dental	522	5,6	3,4-7,3	5,4	3,8-6,9	1,6	0-4,7	1,7	0-4,0

N= 9683. Datos expandidos.

## ASPECTOS VINCULADOS A LA HOSPITALIZACIÓN

Una aproximación indirecta a la morbilidad prevalente se logró interrogando respecto a los episodios de **internación hospitalaria** en los últimos dos años.

El 6.5% afirmó haber estado internado en los últimos dos años por **enfermedades crónicas**. Las mujeres mostraron un índice de internación significativamente superior alcanzando el 34.5%. Entre los menores de 19 años solo se alcanzó el 4.7%. (Anexo 1. Cuadro 26)

El Cuadro 9 muestra que entre estas causas de internación el primer lugar lo ocupó el **asma**, que ascendió al 2.2% (212 personas) con mayor frecuencia en las mujeres (8.7%) respecto de los varones (1.7%). Entre los adolescentes la internación por asma fue reportada por el 2,3%. El segundo lugar correspondió a **enfermedades cardiovasculares e hipertensión**, que en el conjunto de las PPL fue del 0.7%, pero entre las mujeres alcanzó el 5.3%.

El 8.8% de las PPL tuvo en los últimos 2 años episodios de internación por **enfermedades agudas**. La frecuencia entre las mujeres (16%) duplicó la de los varones, y entre los adolescentes fue del 6%.

En el conjunto de las PPL, las causas más frecuentes estuvieron vinculadas a heridas de arma blanca, infecciones respiratorias bajas y episodios de trauma. Entre las mujeres predominaron como primera y segunda causa, las infecciones respiratorias altas y bajas respectivamente. Los hombres, en cambio, fueron internados por heridas de arma blanca y traumas preponderantemente.

Entre los menores de 19 años predominaron las heridas de arma blanca y las infecciones respiratorias altas. (Cuadro 9).

Las **intervenciones quirúrgicas** fueron motivo de internación en el 11.2% de los encuestados. Predominaron las cirugías de coordinación seguidas muy de cerca por los

traumatismos y en tercer lugar las heridas de arma blanca. En las mujeres predominaron las causas ginecoobstétricas, seguidas por las cirugías coordinadas y en tercer lugar las intervenciones por apendicitis. Entre los adolescentes predominaron las internaciones por traumatismos y apendicitis.

**Cuadro 9. Distribución de PPL según causas de internación hospitalaria en los últimos dos años, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Causa de internación	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Enfermedades crónicas</b>									
Asma	213	2,2	1,2-3,2	1,7	0,7-2,7	8,7	0,3-14,4	2,3	0-5,0
HTA y Cardiovasculares	63	0,7	0,2-1,07	0,3	0-0,7	5,3	0-9,7	0,7	0-2,3
Osteoarticulares	47	0,5	0-0,95	0,3	0-0,7	1,8	0-4,2	-	
Patología siquiátrica	47	0,5	0-1,0	0,4	0-0,7	1,8	0-4,2	-	
Oncológicas	40	0,4	0-0,85	0,3	0-0,7	1,7	0-4,2	-	
Epilepsia	39	0,4	0-0,7	0,3	0-0,7	1,7	0-4,2	-	
Otras	179	1,8	1,0-2,7	1,1	0-2,0	12,5	0-18,8	1,5	0-3,7
<b>Enfermedades agudas</b>									
Herida arma blanca	128	1,3	0,4-2,2	1,4	0,4-2,4	-	-	0,9	0-2,7
Infección Respiratoria Baja	121	1,3	0,4-2,11	1,1	0,2-2,0	3,4	0-6,8	-	
Trauma	118	1,2	0,4-2,1	1,2	0,3-2,0	1,4	0-3,5	0,5	0-1,6
Herida arma de fuego	99	1,0	0,2-1,84	1,0	0-1,9	0,5	0-1,6	0,5	0-1,6
Piel y partes blandas	78	0,8	0,17-1,43	0,8	0-1,4	0,9	0-2,7	-	
IAE	69	0,7	0,01-1,4	0,7	0-1,5	-		0,5	0-1,6
Patología Genito Urinaria	42	0,4	0-0,9	0,3	0-0,7	1,7	0-4,2	-	
Infección Respiratoria Alta	31	0,3	0,06-0,57	0,1	0-0,2	3,6	0-7,1	0,9	0-2,7
Otras	142	1,4	0,6-2,4	1,4	0,3-2,3	3,1	0-7,0	1,5	0-3,6
<b>Intervenciones quirúrgicas</b>									
Cirugías de coordinación	402	4,1	2,6-5,7	3,9	2,2-5,5	7,6	2,7-12,5	1,4	0-3,2
Trauma	303	3,1	1,8-4,5	3,2	1,8-4,6	0,1	0-2,6	3,6	0-7,2
Herida de arma blanca	175	1,8	0,7-2,9	1,9	0,7-3,0	-		0,8	0-2,3
Herida de arma de fuego	75	0,8	0,1-1,4	0,8	0-1,5	-		1,7	0-4,2
Gineco obstétricas	57	0,6	0,2-0,9	-		9,8	3,6-15,6	0,5	0-1,7
Apendicitis	55	0,6	0,2-0,9	0,5	0-0,9	1,8	0-4,3	3,6	0-7,1

N= 9683. Datos expandidos.

## BARRERAS EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA

La aplicación del formulario auto administrado permitió constatar que 4 de cada 10 PPL (41.8%) identifican barreras para la asistencia, en situaciones de salud que a su criterio requirieran atención urgente.

Esta percepción fue mayor en los hombres (42,3%) respecto de las mujeres (30.4%). También un tercio de los adolescentes manifestó la existencia de dificultades para la lograr atención de urgencia. (Anexo 1. Cuadro 33)

El 30% de la PPL que manifestaron la existencia de barreras para la atención, la vinculó al personal de custodia, y en segundo lugar al personal de salud (6,4%). Solo el 1.3% relacionó las dificultades a situaciones generadas por otros internos.

Entre las mujeres fue menor la percepción de barreras vinculadas al personal penitenciario (20%) y mayor la vinculación a dificultades con el personal de salud (9%).

Los adolescentes expresaron barreras generadas por el personal de custodia en el 14.7% de los casos y al personal de salud en el 6.7%. Fue mayor la percepción de dificultades generadas por otros internos, ascendiendo al 4%.





PROGRAMA DE  
JUSTICIA E INCLUSIÓN

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los entornos de privación de libertad son visualizados desde diferentes disciplinas como patogénicos. Los resultados que arroja el presente estudio, centrado en una perspectiva epidemiológica y de salud pública, y la interpretación que podemos hacer de ellos, nos permite identificar aspectos a modificar en la realidad de estos colectivos humanos privados de libertad, para que las condiciones penitenciarias no devengan en la vulneración de otros derechos, cuyo ejercicio por parte de los internos es deber del Estado preservar. Esto aplica al derecho a los mayores niveles posibles de salud. Es este el mandato de “asegurar la salud física y mental de los reclusos” (RM. 25.1. 1977) y de que “los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior” (RM. 25.1. 2015). Presentaremos algunas conclusiones y reflexiones a las que nos convocan los resultados, e iremos intercalando recomendaciones que surgen de los datos y su análisis contrastado con el marco conceptual centrado en los DDHH y los marcos normativos vigentes en nuestro medio.

Es una **población** predominantemente de hombres jóvenes, que la mitad ha alcanzado niveles secundarios de estudio, con mejor desempeño en el itinerario educativo entre las mujeres; más de la mitad cuenta con un oficio o profesión, predominantemente oficios manuales, pero casi uno de cada cinco tiene formación técnica. Sus redes sociales y familiares de apoyo y sostén, son frágiles pero existen: casi el 40% mantiene una relación de pareja estable con otra persona, y el 52% son visitados en forma semanal. Se identifica un grupo de mayor vulnerabilidad en este sentido, que nunca o solo una vez al año recibe visitas, en el que las mujeres aparecen como las más abandonadas por sus contactos con el afuera de los centros penitenciarios.

### RECOMENDACIONES

1. Sería muy provechoso generar ámbitos institucionales donde las PPL pudieran desplegar sus capacidades de oficios y formación técnica para sentirse productivos, constatar que pueden brindar servicios al colectivo en el que están insertos, construir una identidad más vinculada a su actividad como “el carpintero”, “el cocinero” o “la modista”, que desplace la identidad de “preso/a”, y brinde la oportunidad de descubrir nuevas formas de vincularse y contribuir a mejorar el entorno.
2. Debe estimularse el contacto con el afuera y trabajar con las familias y amigos para que brinden el soporte emocional y afectivo imprescindibles para una vida saludable en privación de libertad.

3. Deben organizarse ámbitos formalizados al interno de las UIPPL para que las personas que no reciben visitas tengan espacios para el diálogo, la expresión de afectos, la comunicación con otros, contribuyendo a evitar los elementos de aislamiento y angustia que la sensación de abandono puede generar.

Los resultados permiten constatar la exposición de las PPL a un conjunto de **factores de riesgo** que pueden impactar en su salud física y mental, aumentando las probabilidades de enfermar y morir. Estos determinantes del proceso salud enfermedad son de diferente índole y las intervenciones deberán también ser de naturaleza diversa.

La **alimentación** no es adecuada en el sistema penitenciario. Lo pone de manifiesto el indicador de que el 23,4% de las PPL no consuma nunca frutas ni verduras, sobre todo ese 56% de las mujeres que nunca las prueba. Los adolescentes están en mejores condiciones ya que casi el 74% consume frutas y/o verduras todos los días. Esto denota que es posible asegurar el acceso a estas fuentes de nutrientes esenciales, más allá del dimensionamiento de las poblaciones y los centros.

Sumado lo anterior a otros factores de riesgo como el **sedentarismo**, y el extendido hábito de **fumar** en tres cuartas partes de la población penitenciaria, con la contaminación permanente de los espacios por el humo de tabaco, se generan las condiciones para el desarrollo de enfermedades respiratorias agudas, descompensaciones asmáticas, y el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes, que son a su vez contributivas a la aparición futura de coronariopatías y accidentes cerebro vasculares.

Si bien muchas PPL han tenido noticias de su **glucemia** elevada, sus cifras altas de **presión arterial** o **colesterol**, esto no ha devenido en que estén en tratamiento para estas afecciones. Esto también es un fenómeno plurideterminado, vinculado diversos factores. Los estereotipos de género que hacen que los hombres no tengan propensión al autocuidado ni a adherir a tratamientos, el modelo de atención “a demanda” que predomina en las prácticas de los equipos de salud, las barreras de la propia dinámica penitenciaria con dificultades para que las PPL sean “conducidas” a los ámbitos de atención, determinan que estemos ante una población subdiagnosticada y sin tratamiento en una importante proporción (estimada en 83% de los hipertensos, 91% de los diabéticos, 64% de las personas con sífilis y 5/10.000 de las personas que viven con VIH).

4. El conjunto de los resultados confirma la necesidad de instalar en el ámbito penitenciario una lógica preventiva, una fuerte apuesta a la modificación de los entornos y las prácticas generadoras de mayor riesgo. Una perspectiva de promoción de salud transversal a los diferentes ámbitos penitenciarios, contribuiría a asegurar el ejercicio al derecho a la salud por parte de las PPL


5. Es relevante impulsar una estrategia de atención con enfoque de promoción de salud y prevención, a efectos de lograr la detección precoz y el tratamiento oportuno de diferentes patologías, así como la continuidad de los cuidados y el seguimiento longitudinal de los pacientes. Este es un desafío para el sector salud que brinda cobertura a las PPL, particularmente para ASSE y Sanidad Policial.
6. Hay otro desafío que es compartido por los prestadores de salud y las autoridades del INR y del INISA, que tienen que ver con modificar las condiciones ambientales del entorno penitenciario a efectos de disminuir la magnitud y la intensidad de los factores de riesgo. Implica favorecer una alimentación saludable, estimular y generar las condiciones para mayores niveles de actividad física, promover espacios libres de humo de tabaco y generar dinámicas en que la autoestima y el autocuidado se integren a los mandatos de género que atraviesan las decisiones individuales de las PPL: cuidarse para sí mismo y para otros, y para cuidar a otros.
7. Ciertamente el acceso a la medicación y los estudios paraclínicos para despistaje y seguimiento de ENT, son imprescindibles para completar un conjunto de intervenciones tendientes a modificar los resultados observados.

Los elementos vinculados a la **salud sexual y reproductiva** en los centros de privación de libertad muestran que no están asegurados los DDSSRR. Es limitado el acceso a la visita íntima y ello se expresa más entre las mujeres privadas de libertad. Sin perjuicio de que esto puede estar determinado por el debilitamiento de los vínculos con el mundo exterior, también puede vincularse a que la infraestructura para las visitas íntimas no siempre está asegurada en cantidad y calidad.

Debe asumirse además, como un dato de realidad, que las PPL, mantienen prácticas sexuales por fuera del espacio preestablecido para la visita íntima; así lo expresa el 4.5% que equivale a unas 400 personas, guarismo que seguramente es el piso de la magnitud del fenómeno, ya que si bien fue un dato explorado con el formulario auto administrado, es una temática sobre la que no es sencilla la explicitación de las prácticas.

Debe ser asumido y abordado también para contribuir a disminuir las prácticas de violencia sexual que fueron reportadas por el 1.3% de las PPL, con mayor frecuencia entre mujeres y adolescentes.

La baja tasa de **uso del preservativo**, tanto en visitas íntimas como en relaciones sexuales por fuera de ese ámbito, abre un alerta sobre el riesgo de transmisión de ITS, que de por sí alcanza una tasa de prevalencia de 1,3% para el VIH (3,6% entre las mujeres), una tasa de incidencia de sífilis activa de casi el 1% y una proporción de PPL con antecedentes de sífilis del 5.3% en los varones y 15.8% en las mujeres. Al igual que en otros entornos, las mujeres



muestran mayores índices porque por su trayectoria reproductiva son más estudiadas que los varones, los cuales permaneciendo sin detección precoz contribuyen a la reinfección de las mujeres.

Estudios preventivos como el test de Papanicolaou y la mamografía mostraron un índice menor al observado en la población general lo que evidencia algún nivel de barrera para el acceso a los mismos.

8. En la medida que la privación de libertad no debe constituir una retaliación el ejercicio de otros derechos, el sistema penitenciario debe hacer los mayores esfuerzos para asegurar un ejercicio saludable de la actividad sexual por parte de las PPL.
9. Sería contributivo en este sentido favorecer la disponibilidad de preservativos en distintos ámbitos de las UIPPL, desmedicalizando el acceso a los condones.
10. Los equipos de salud deben explorar situaciones de violencia sexual, tener capacitación para abordarla y contar con dispositivos institucionales para una adecuada contención, la implementación de los protocolos preventivos en los casos de violación independientemente de la opción de género de las víctimas, y la implementación de los resguardos institucionales en la vida cotidiana penitenciaria para evitar la reiteración del hecho.
11. El derecho a una vida sexual y las decisiones reproductivas se vería facilitado por la adecuada aplicación de las pautas de estudios preventivos, así como tener asegurado en todas las UIPPL un amplio conjunto de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.

La alta incidencia de lesiones que alcanza al 22% de las PPL, de las cuales el 67% son intencionales, muestra una atmósfera de **violencia** que seguramente tiene un entramado causal complejo (endógeno y exógeno) que debe desentrañarse con futuros estudios, pero del cual debería ser posible en lo inmediato ir removiendo los componentes de violencia institucional que puedan identificarse.


Que el 18% de las lesiones sean autoinfligidas y que el 22.4%, cerca de 2000 personas, manifiesten haber tenido ideación suicida, llegando el 13% a haber intentado efectivamente quitarse la vida, son indicadores suficientes de que hay impacto deletéreo claro del entorno, que favorece que las vulnerabilidades individuales afloran dolorosamente. Esto requiere intervenciones inmediatas de detección oportuna y contención adecuada.

12. Debe profundizarse el conocimiento y la comprensión de los factores generadores de violencia dirigida hacia otros y hacia sí mismos entre las PPL. La habilitación de espacios grupales donde pueda fluir la palabra de los internos para expresar lo que les pasa, puede lograr que a la vez que se conoce mejor la realidad, se pueda problematizar lo percibido como natural e inamovible, tratar de modificarlo, y sustituir progresivamente el pasaje al acto por la palabra, en la resolución de conflictos, internos o interpersonales.
13. Es importante que el personal de custodia y los equipos de salud tengan una formación sistematizada para la detección precoz de los síntomas vinculados al riesgo de suicidio o el despliegue de acciones violentas hacia otros.

El consumo de **sustancias psicoactivas** también apareció como un resultado relevante. La marihuana y los psicofármacos fueron las sustancias psicoactivas más consumidas en el ámbito penitenciario. La prevalencia de consumo de marihuana en el último mes alcanzó el 35% entre los varones, el 8% de las mujeres y el 28% de los adolescentes. El 2.6% de las PPL afirmó consumir alcohol a diario. Más allá de las connotaciones de transgresión que en sí mismo el fenómeno depara, debe ser visto como un síntoma de malestar, un esfuerzo por lograr “estar en ese mundo” de un modo más tolerable para el consumidor y la búsqueda de unas gratificaciones que no llegan o son siempre fugaces. Los efectos deletéreos para la salud que estos consumos traen aparejados, particularmente en este contexto, los convierten en una prioridad.

La observación de los antecedentes patológicos de las PPL así como las causas determinantes de los episodios de hospitalización, puede concluirse que esta población, al igual que otros colectivos en situación de exclusión u vulnerabilidad social, presenta lo que se denomina una **doble carga de enfermedad**, siendo portadora de factores de riesgo y padeciendo tanto enfermedades infecciosas transmisibles (respiratorias, ITS, etc.) como enfermedades no transmisibles. Entre estas últimas, por las características de nuestro país, interesan particularmente las cardiovasculares y oncológicas, pero en este contexto particular de privación de libertad, se expresan con gravedad ineludible, las patologías vinculadas a lesiones y causas externas. En suma una población joven vulnerada en el presente, y con una perspectiva de alta probabilidad de desarrollar enfermedades evitables en edades más avanzadas.


A pesar de las limitaciones de un estudio diseñado como un corte transversal, que muestra solo una fotografía de una realidad muy dinámica, lo que se aprecia genera una fuerte interpelación hacia la necesidad de activos procesos de mejora para garantizar a las PPL el ejercicio del derecho a la salud.

- 
14. Es relevante desplegar estrategias que aborden el consumo de sustancias psicoactivas desde una mirada integral, descentrada de las sustancias en sí, que permitan dimensionar el síntoma que el consumo expresa; y profundizar en el abordaje de su entramado causal, en lo individual y lo colectivo.
  15. Las condiciones de privación de libertad podrían así generar, paradójicamente, una oportunidad en términos de tiempo y actitud para el fomento del autocuidado y la valoración de la salud física y psíquica como un elemento de autoestima y de aporte a sus propias familias. Esto es particularmente relevante para la población masculina joven que tiene enormes dificultades para la atención de su salud individual. Los centros de privación de libertad pueden constituirse por primera vez en la vida de estas personas, en una opción por la salud con la adopción de conductas saludables y la jerarquización de los controles en salud.



## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Agresti, A. *Categorical Data Analysis*, John Wiley & Sons, 2005.
- Allwright, S.; Bradley, F.; Long, J.; Barry, J.; Thornton, L. & Parry, J.V. (2000), 'Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey', *BMJ*. 2000 Jul 8; 321(7253):78-82
- Alvarez Vaz, R. "Métodos de muestreo para estudios sanitarios con uso de información auxiliar", (Tesis de maestría Maestría en Epidemiología). Departamento de Medicina Preventiva y Social - Fac. de Medicina UDELAR, Montevideo, 2010
- Blanco, J., IESTA, UdelaR., (eds.) *Introducción al Análisis Multivariado: Teoría y aplicaciones a la realidad latinoamericana*, IESTA, Universidad de la República, Montevideo, 2006.
- Breiman, L., J.Friedman, Stone, C. J. and Olshen, R. *Classification and Regression Trees*, Chapman and Hall/CRC, USA,1984.
- Burattini, M.; Massad, E.; Rozman, M.; Azevedo, R. & Carvalho, H. (2000), 'Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison', *Revista de Saúde Pública* 34, 431- 436.
- Canterbury, R. J.; McGarvey, E. L.; Sheldon-Keller, A. E.; Waite, D.; Reams, P. & Koopman, C. (2015), 'Prevalence of HIV-related risk behaviors and STDs among incarcerated adolescents', *Journal of Adolescent Health* 17(3), 173--177.
- Capdevila M, et al. (2015) Tasa de reincidencia penitenciaria 2014. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. En: [http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1\\_6/publicac\\_pdf/publicac\\_antonio\\_pdf/tasa\\_reincidencia\\_2014\\_cast.pdf](http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1_6/publicac_pdf/publicac_antonio_pdf/tasa_reincidencia_2014_cast.pdf)
- Capdevilla, M.; Ferrer, M. Tasa de reincidencia penitenciaria 2008, Generalitat de Cataluña: Departamento de Justicia, Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, 2009
- Cavieres Mena, M. C. Y Hagedorn Palomino, F. T., 'Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de las mujeres que se encuentran recluidas en el recinto penitenciario de Valdivia durante el mes de mayo del año 2009', Tesis de Maestría, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Puericultura. (2010)
- Centro de Estudios Legales y Sociales. CELS. Ministerio Público de la Defensa de la Nación, Procuración Penitenciaria de la Nación. (2011) *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*. Bs. As. Siglo Veintiuno Editores. En: <http://www.cels.org.ar/common/documentos/mujeresenprision.pdf>
- Chattopadhyay, A. *Oral Health Epidemiology: Principles and Practice*, Jones and Bartlett, Canada, 2011.
- Dray, S. and Dufour, A. "The ade4 package: implementing the duality diagram for ecologists.," *Journal of Statistical Software*. (22(4)), 2007, pp. 1-20. En: <http://pbil.univ-lyon1.fr/ade4/article/jss/jss.pdf>
- Durose M, et al. (2014) *Recidivism of Prisoners Released in 30 States in 2005: Patterns from 2005 to 2010*. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics. United States of America En: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/rprts05p0510.pdf>



Hammett, T. (2006), 'HIV/AIDS and Other Infectious Diseases Among Correctional Inmates: Transmission, Burden, and an Appropriate Response', *American Journal of Public Health* 96(6), 974-978.

Hosmer, D. and Lemeshow, S. *Logistic Regression*, John Wiley & Sons, New York, 1988.

John Fox and Sanford Weisberg (2011). *An {R} Companion to Applied Regression*, Second Edition. Thousand Oaks CA: Sage. URL: <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>

Juanche A., Palummo J. *Hacia una política de Estado en privación de libertad. Diálogo, recomendaciones y propuestas SERPAJ Uruguay*. Observatorio del Sistema Judicial. 2012

Kaufman, L. and Rousseeuw, P. *Finding Groups in Data: An Introduction to Cluster Analysis*. Wiley, 1990.

Khan, M. R.; Rosen, D. L.; Epperson, M. W.; Goldweber, A.; Hemberg, J. L.; Richardson, J. & Dyer, T. P. (2013), 'Adolescent Criminal Justice Involvement and Adulthood Sexually Transmitted Infection in a Nationally Representative US Sample', *J Urban Health* 90(4), 717--728.

Kim, J. S. and Dailey, R. J. *Biostatistics for Oral Healthcare*, Blackwell, Oxford, 2008.

Lauritsen, J. "EpiData Data Entry, Data Management and basic Statistical Analysis System. Odense Denmark", EpiData Association, 2000-2008.

Levy, P. S. and Lemeshow, S. *Sampling of Populations – Methods and Applications*, John Wiley, New York, 1999.

Lumley, T. "Survey: analysis of complex survey samples: R package version 3.28-2.", 2012.

Maechler, M., Rousseeuw, P., Struyf, A., Hubert, M., Hornik, K. (2012) *Cluster: Cluster Analysis Basics and Extensions*. R package version 1.14.3.

Marks, G.; Crepaz, N.; Senterfitt, J. W. & Janssen, R. S. (2005), 'Meta- analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs', *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 39(4), 446--453.

Mesa de trabajo sobre Mujeres Privadas de Libertad en Uruguay (2006) "Mujeres privadas de libertad en el Uruguay. Informe sobre las condiciones de reclusión". En: [http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/19658/1/5\\_informe\\_reclusas.pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/19658/1/5_informe_reclusas.pdf)

Ministerio del Interior. I Censo Nacional de Reclusos. Ministerio del Interior. DS-FCS-UdelaR. 2011.

Ministerio de Salud. '¿Qué Es La Encuesta Nacional de Factores De Riesgo?', Ministerio de Salud, Argentina. (2005) [fecha de consulta: Enero 2015], Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/que-es- encuesta-factores-riesgo.pdf>

Ministerio de Salud. 'Encuesta Nacional de Factores de Riesgo- Aspectos metodológicos', Ministerio de Salud, Argentina. (2005) [fecha de consulta: Enero 2015] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/enfr2005>

Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud, División Epidemiología, '1ª. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles', Ministerio de Salud Pública. (2009) [fecha de consulta: Enero 2015], Disponible en: [http://www.who.int/entity/chp/steps/2006\\_STEPS\\_Report\\_Uruguay.pdf](http://www.who.int/entity/chp/steps/2006_STEPS_Report_Uruguay.pdf)

- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. PPENT. MSP. Uruguay. 2015
- Ministerio de Salud. 'Segunda Encuesta Nacional De Factores De Riesgo Para Enfermedades No Transmisibles', Ministerio de Salud, Argentina. (2011), [fecha de consulta: Enero 2015] Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr\\_encuesta\\_nacional-factores-riesgo-2011](http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta_nacional-factores-riesgo-2011)
- Morales Peillard AM et al. (2013). La Reincidencia en el Sistema Penitenciario Chileno. Fundación Paz Ciudadana. Universidad Adolfo Ibañez. Santiago de Chile. 2013. En: [http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2013-03-21\\_reincidencia-en-el-sistema-penitenciario-chileno.pdf](http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/07/2013-03-21_reincidencia-en-el-sistema-penitenciario-chileno.pdf)
- Okie, S. (2007), 'Sex, Drugs, Prisons, and HIV', *New England Journal of Medicine* 356(2), 105-108.
- Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. OMS, Serie de Informes Técnicos; 916. Ginebra. 2003. En: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Ginebra, Suiza. OMS. 2010. En: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf)
- Organización de Estados Americanos. Guía "Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento - Una guía para la reforma de políticas en América Latina". OEA. Washington DC, 2016. En: [http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3092&catid=14&Itemid=59](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=3092&catid=14&Itemid=59)
- Organization, W. H. (2006), 'Who STEPS Surveillance Manual', World Health Organization, Organización Mundial de la Salud. [fecha de consulta: Enero 2015], Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/manual/en/index.html>
- Pack, R. P.; Diclemente, R. J.; Hook III, E. W. & Oh, M. K. (2000), 'High Prevalence of Asymptomatic STDs in Incarcerated Minority Male Youth: A Case for Screening', *Sexually Transmitted Diseases* 27(3).
- R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.
- Romero, E. G., et al. 'A Longitudinal Study of the Prevalence, Development, and Persistence of HIV/STI Risk Behaviors in Delinquent Youth: Implications for Health Care in the Community', *Pediatrics* 119(5). (2007)
- Rotily, M.; Weilandt, C.; Bird, S. M.; Kall, K.; Van Haastrecht, H. J.; Landolo, E. & Rousseau, S. (2001), 'Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons', *The European Journal of Public Health* 11(3), 243--250.
- Ruiz, J; Rodríguez, L. Estado del arte en Psicología: aportes desde la psicología jurídica y clínica al contexto penitenciario. *Psicología Jurídica Penitenciaria*. 2008. Disponible en: <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinarias/psicologia.pdf>
- Sampling: Survey Sampling. R package version 2.6. <http://CRAN.R-project.org/package=sampling>
- Yves Tillé and Alina Matei (2013)



Selvin, S., Kelsey, J. and Marmot, M., (eds.) *Statistical Analysis of Epidemiologic Data*, Oxford University Press, 1996.

Silva, L. C. *Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria.*, Díaz de Santos, Madrid, 2000.

Silva, L. C. *Excursión a la Regresión Logística en Ciencias de la Salud*, Díaz de Santos, Madrid, 1995.

Sarndal, C.-E., Swensson, B. and Wretman, J. *Model Assisted Survey Sampling*, Springer-Verlag, 1992.

Steps Team, (2012), 'STEPS Manual, Planificación y puesta en marcha', World Health Organization. [fecha de consulta: Enero 2015], Disponible en: <http://www.who.int/entity/chp/steps/Parte2.pdf>

Teplin, L.; Elkington, K.; McClelland, G.; Abram, K.; Mericle, A. & Washburn, J. (2005), 'Major Mental Disorders, Substance Use Disorders', Comorbidity, and HIV-AIDS Risk Behaviors in Juvenile Detainees. *Psychiatric Services* (Washington, D.C 56(7)), 823--828.

Tobacco Free Initiative (TFI), 'Global Adult Tobacco Survey (GATS) Fact Sheet Uruguay 2009', World Health Organization.(2010)[fecha de consulta: Enero 2015],Disponible en: [http://www.who.int/entity/tobacco/surveillance/fact\\_sheet\\_of\\_gats\\_uruguay\\_2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_uruguay_2010.pdf?ua=1)

Torsten Hothorn, K. H. and Zeileis, A. "Unbiased Recursive Partitioning: A Conditional Inference Framework," *Journal of Computational and Graphical Statistics* (15(3)), 2006, pp. 651--674.

Vera E.J. et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit* 2014; 16: 38-47 21

Vigna A. Análisis de datos del I Censo Nacional de Reclusos, desde una perspectiva de Género y Derechos Humanos. 2012. En: <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/24956/1/infocenso.pdf>

Vittinghoff, E., Glidden, D. V., Shiboski, S. C. and McCulloch, C. E. *Regression Methods in Biostatistics: Linear, Logistic, Survival, and Repeated Measures Models* (Statistics for Biology and Health), Springer, 2005.

## ANEXO 1. TABLAS Y CUADROS COMPLEMENTARIOS

## Caracterización de la población privada de libertad

Tabla 6. Edad promedio de las personas privadas de libertad según sexo.

Sexo	Edad Promedio	Intervalo de confianza
Mujeres	33,2	(30,9-35,4)
Varones	30,9	(30,1-31,7)
Total	31,0	(30,3-31,8)

Cuadro 10. Distribución de PPL según situación de analfabetismo, por sexo y edad. Uruguay. 2015.

Analfabetismo	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
SI	547	5,7	3,9-7,4	6	(4,1-7,9)	0	-	4,4	0-8,2
NO	8353	87,0	84,4-89,5	86,7	(84,4-89,4)	91,5	(85-98)	90,5	85,6-97,0
N/c	700	7,3	5,3-9,2	7,2	5,1-9,2	8,5	1,9-14,9	5,0	1-8,9

N= 9683. Datos expandidos.

Cuadro 11. Distribución de PPL según situación de pareja, por sexo y edad. Uruguay. 2015.

Situación de pareja	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Soltero/a	5168	53,4	49,8-57,3	54,0	50-58	46,0	35,7-56,3	73,7	64,8-86,4
Casado/a	957	9,9	7,6-12,2	9,8	7,3-12,1	11,8	5,1-8,3	0,9	0-2,7
En unión libre	2864	29,7	26,1-33,1	29,8	26,1-33,5	28,1	17,5-33,8	24,4	14,7-34,2
Viudo/a	62	0,6	0-1,2	0,4	0-0,9	4,3	0,1-8,0	0	-
Separado o divorciado/a	592	6,1	4,3-7,8	5,8	4,0-7,7	10,8	4,5-17,0	0,9	0-1,8

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 12. Distribución de PPL según formación laboral, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Formación laboral	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Con oficio/profesión	4978	51,4	47,7-55,1	51,8	48-55,8	44,1	34,5-55,0	19,4	9,8-28,9
Sin oficio/profesión	4598	47,5	43,7-51,2	47,1	43,2-51,0	52,8	42,5-63,2	80,6	71,1-90,0
Tipo de formación									
Oficios manuales	3810	75,2	70,7-79,7	76,1	7,5-80,7	59,4	44,4-74,3	87,5	73,1-100
Formación técnica	940	18,6	14,4-22,6	18,4	14,1-22,7	20,8	0-32,7	0	-
Formación profesional	49	0,9	0-1,8	0,7	0-1,4	7,6	0-15,0	0	-
Otros	216	4,2	0-6,2	3,8	0-5,6	12,2	0-22,9	12,5	

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 13. Distribución de PPL según cobertura sanitaria, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Cobertura sanitaria	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Mutualista	411	4.2	0-5,7	4,2	2,7-5,7	4,1	0-7,8	11	0-17,8
ASSE	8529	88.1	85,8-90,4	87,9	85,5-90,3	91,5	86-97	88,2	82,2-94,1
Sanidad Militar	111	1.1	0-2,0	1,1	0-1,9	1,8	0-4,3	0,7	0-2,4
No sabe	586	6.1	0-7,8	6,4	4,7-8,3	1,7	1,5-4,8	0	-

N= 9683. Datos expandidos.

## Características de la situación de privación de libertad

**Cuadro 14. PPL según tiempo de última internación, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Tiempo de última internación(en meses)	TOTAL PPL		VARONES		MUJERES		< 19 años	
	Valor	IC	Valor	IC	Valor	IC	Valor	IC
Tiempo promedio	28,1	25,3-30,7	28,1	25,4-30,9	25,8	19-32,6	6,4	5,4-7,3
Tiempo Q1 primer cuartil	7	6-8						
Tiempo Mediana	17	16-20						
Tiempo Q3 tercer cuartil	36	30-39						

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 15. Distribución de PPL según antecedente de privación de libertad, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Antecedente de privación de libertad	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Como menor	2820	29,2	25,7-32,7	29,9	26,3-33,6	17,4	9,2-25,5	37,7	27,7-48,3
Como adulto	4723	49,4	45,6-53,2	50,6	46,7-54,6	29,9	20,0-39,8		

N= 9683. Datos expandidos.



**Cuadro 16. PPL según características del beneficio de visitas, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Tenencia de visitas comunes	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
No recibe visitas	1845	19,1	16,1-22,0	18,3	15,3-21,4	29,1	20,4-39,5	6,8	2,1-11,5
Recibe visitas	7828	80,9	77,8-83,7	81,5	78,5-84,6	70,9	60,5-79,5	93,2	88,5-97,8
<b>Quien visita</b>									
La pareja	4110	52,5	48,4-56,7	53,8	49,5-58,2	28,6	17,0-40,1	23,3	13,3-33,5
Los hijos	2415	30,9	26,0-34,7	29,9	25,8-34,0	48,1	35,9-60,3	14,2	5,8-22,5
Los padres	4547	58,1	54,0-62,2	58,9	64,6-63,2	43,8	31,8-55,9	81,2	72,5-91,2
Hermanos	3213	41,0	36,9-45,2	41,8	37,4-46,1	27,9	17,8-37,9	51,8	40,6-63,0
Amigos	1317	15,4	12,4-18,4	15,4	12,3-18,5	14,3	5,2-23,4	0	
Otros	830	10,6	8,1-13,1	9,8	7,2-12,4	23,6	14,1-33,2	24,7	16,2-33,2
<b>Frecuencia de visitas</b>									
Semanal	4591	52,7	48,8-56,7	52,9	48,7-57,0	51,0	39,7-62,4	86,2	79,5-92,9
Mensual	3295	37,8	33,9-41,7	37,8	33,7-41,8	38,4	27,0-49,7	11,9	5,6-18,2
Anual	793	9,1	6,7-11,4	9,3	6,6-11,5	9,6	2,9-15,8	1,8	0-4,4
<b>Tenencia de visitas íntimas</b>									
No recibe	5600	59,9	56,3-63,5	58,4	54,6-62,2	82,2	75,0-89,3	19	8,9-30,2
Recibe	3331	34,40	30,8-38,0	35,8	32,0-39,7	12,4	5,5-19,2	4	0-10,1
No aplica	487	5,0	4,7-5,3	5,0	4,7-5,3	4,5	3,4-5,5	76	65,2-87,7
<b>Frecuencia de visitas íntimas</b>									
Semanal	1422	37,7	31,7-43,6	37,5	31,4-43,5	43,9	14,4-73,4		
Mensual	1713	45,3	39,3-51,4	45,4	39,3-51,5	42,8	15,4-70,2		
Anual	220	11,1	2,9-8,8	6	2,7-8,8	6,3	0-18,8		

N= 9683. Datos expandidos.

## Distribución de los factores de riesgo

**Cuadro 17. Distribución de PPL según variables vinculadas a la exposición al humo de tabaco, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Tabaco	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Fumadores</b>	7155	73,9	70,6-77,2	73,7	70,3-77,2	76,6	68,4-85,8	73,7	70,3-77,2
<b>Fumadores diarios</b>	6689	93,0	90,8-95,1	92,8	90,5-95,1	95,7	90,6-100	92,8	90,5-95,1
<b>Expuestos al humo por 7 días en espacio cerrado</b>	8364	86,4	83,9-88,9	87,1	84,5-89,7	75,1	67,0-83,1	87,1	84,5-89,7

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 18. Distribución de PPL según variables vinculadas a la alimentación, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Frutas y verduras	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Consumo de frutas en la semana</b>									
Nunca	5290	54,6	50,9-58,4	53,8	49,8-57,7	68,3	58,6-77,8	12,2	3,4-21,0
Una vez por semana	1913	19,7	16,7-22,9	20,5	17,3-23,8	7,6	1-14,3	4,1	0-10,2
Entre 2 y 6 días por semana	1784	16,0	13,7-19,4	16,9	13,4-20,0	10,9	4,5-17,3	19,2	9,9-28,3
Todos los días	820	8,5	6,8-10,1	8,2	6,5-9,9	12,3	5,5-19,0	62,9	51,0-77,4
<b>Consumo de verduras en la semana</b>									
Nunca	3124	32,3	28,8-35,8	30,4	26,7-34,3	61,3	51,2-71,3	17,2	7,4-26,7
Una vez por semana	672	6,9	4,9-8,9	6,9	4,8-8,9	7,5	2,7-12,3	8,2	1,2-15,2
Entre 2 y 6 días por semana	2532	18,0	15,3-21,0	18,8	15,8-21,9	7,5	2,9-12,0	39,4	23,8-43,4
Todos los días	4038	41,7	38,0-45,3	42,9	39,1-46,7	22,8	13,4-32,3	33,6	23,4-43,4
<b>Consumo de sal agregada a la comida</b>									
Siempre /casi siempre	6377	65,9	62,7-69,9	67,2	63,4-70,5	44,6	34,4-54,7	21,4	10,4-32,4
Algunas veces	964	10,0	7,7-12,1	9,6	7,3-11,9	15,2	8,4-22,0	14,6	7,8-21,4
Raramente/nunca	2310	23,9	21,1-26,6	22,8	20-25,6	39,3	29,3-49,2	64,0	52,3-75,0

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 19. Distribución de PPL según comportamiento sedentario, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

<i>Tiempo diario sentados o recostados</i>	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Menos de 4hs diarias	3883	40,2	36,5-43,9	39,7	35,8-43,6	47,7	37,5-58,0	54,9	44,4-65,4
Entre 4 y 10 hs diarias	4199	43,5	39,7-47,2	43,9	40,0-47,9	36,1	26,2-46,1	27,8	18,9-36-8
Más de 10 hs diarias	1568	16,2	13,4-19,1	16,2	13,2-19,2	16,0	7,4 - 24,5	17,1	8,7 - 25,4
<i>Tiempo diario promedio sentados o recostados (en horas)</i>									
Promedio (hs)	6,0	5,6-6,4		6,0	5,6-6,4	5,1	4,2-6,0	5,3	4,2-6,4

N= 9683. Datos expandidos.

## Estudio de patologías seleccionadas

Cuadro 20. Distribución de PPL según variables vinculadas a enfermedades no transmisibles, por sexo y edad. Uruguay. 2015.

Variable	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Hipertensión arterial</b>									
Control anterior de presión arterial	6146	63,5	59,8-67,1	62,0	58,2-65,9	85,2	77,5-92,9	82,3	73,8-90,7
Control previo con cifras altas	895	14,5	11,2-17,7	13,4	9,9-16,9	26,5	17,3-35,7	2,5	0-5,2
Tratamiento actual por HTA	258	16,9*		14,3*		58,8*		0	-
<b>Diabetes mellitus</b>									
Control anterior de glucemia	2809	29,0	25,7-32,4	26,9	23,4-30,4	62,1	52,1-72	4,3	1,0-7,7
Control previo con cifras altas de glucemia	183	6,4	3,2-9,7	5,9	2,4-9,4	9,8	2,8-16,8	0	-
Tratamiento actual por diabetes	35	9,3*		2,8*		50,9*		0	-
<b>Hipercolesterolemia</b>									
Control anterior de colesterolemia	1720	17,8	15,0-20,7	16,7	13,9-19,8	32,9	23,2-43,8	0	-
Control previo con cifras altas de colesterolemia	380	22,0	14,8-29,4	21,1	13,1-29,0	30,0	14,3-45,7	0	-
Tratamiento actual por hipercolesterolemia	26	1,7*		0,7*		11,1*		0	-

N= 9683. Datos expandidos.

\*Relación entre las PPL en tratamiento sobre el total de detectadas con cifras altas

Cuadro 21. Distribución de PPL según variables vinculadas al peso, por sexo y edad. Uruguay. 2015.

Variable	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antecedente de sobrepeso y obesidad	947	9,8	7,6-12,1	9,4	7-11,7	16,8	9,2-24,2	15,7	8,9-22,4
<b>Valoración del peso en base al IMC</b>									
Bajo peso	91	1	0-1,7	0,9	0-1,7	1,7	0-5,0	2,7	0-5,7
Normo peso	5661	58,8	55,1-62,5	59,9	56,0-63,8	41,4	31,0-51,8	70,0	60,5-79,6
Sobrepeso	2928	30,4	27,0-33,9	30,1	26,5-33,7	35,1	25,0-45,4	20,5	11,7-29,3
Obesidad	941	9,8	7,5-12,0	9,0	6,7-11,3	21,7	13,5-29,7	6,7	2,4-11,0

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 22. Mujeres privadas de libertad según variables vinculadas a controles preventivos. Uruguay, 2015.**

Variable	N°	%
Tiempo transcurrido desde el último Papanicolaou		
Menos 1 año	218	42,5
Entre 1 año y menos de 2 años	110	21,6
Entre 2 años y menos de 3 años	21	4,1
3 o más años	71	13,9
Nunca	76	14,8
No sabe/no contesta	16	3,1
Tiempo transcurrido desde el último examen médico de mamas		
1 año o menos	170	28,8
Entre 1 a 2 años	42	7,2
Más de 2 años	127	21,5
Nunca	240	40,7
No sabe/no contesta	11	1,8
Tiempo transcurrido desde la última mamografía de tamizaje*		
Hace menos de 1 año	37	30,6
Entre 1 año y menos de 2 años	10	8,7
Entre 2 años y menos de 3 años	11	8,9
3 o más años	11	8,9
Nunca	46	38,6
No sabe/no contesta	5	4,4

N=588

\* En esta variable el n=120, ya que aplica a las mujeres entre 40 y 64 años

**Cuadro 23. Distribución de PPL según antecedentes de estudios para sífilis o VIH, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Estudio previo de sífilis o VIH	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
SI	6402	66,4	63,0-69,8	64,9	61,3-68,5	89,1	82,6-95,6	30,5	19,5-41,5
NO	3243	33,6	30-37,0	35,1	31,5-38,6	10,9	4,4-17,5	69,5	58,5-80,5

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 24. Distribución de PPL según incidencia de enfermedades infecciosas, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Tipo de patología	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Respiratorias	2744	28,5	25,0-31,8	27,9	24,4-31,5	36,0	25,8-46,1	34,6	24,2-44,9
Dermatológicas	579	6	4,2-7,8	5,7	3,8-7,5	10,8	3,8-17,8	0,8	0-2,7
Urinarias	390	3,9	2,5-5,4	3,9	2,4-5,5	4,0	0-7,9	4,1	0-7,7

N= 9683. Datos expandidos.

**Cuadro 25. Distribución de PPL según variables vinculadas a lesiones graves, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Variable	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Incidencia de lesiones que requirieron atención médica*</b>									
Incidencia	2137	22,2	18,9-25,2	22,4	19,0-25,7	17,2	9,8-24,5	30,5	20,5-40,7
<b>Proporción de lesiones que requirieron hospitalización**</b>									
Con hospitalización	807	37,7	29,1-45,1	38,5	30,2-46,7	10,7	0-22,1	42,8	22,5-63,0
<b>Causa de las lesiones que requirieron hospitalización</b>									
Caída	302	13,9	8,3-19,5	14,4	8,5-20,2	4,7	0-13,8	22,1	7,6-37,6
Quemadura	77	3,5	0,7-7,3	2,7	0-5,5	18,9	2,0-35,8	2,7	0-7,7
Intoxicación	39	1,78	0-3,7	1,3	0-3,2	9,4	0-22,0	5,6	1-13,3
Herida con objeto cortante	1018	46,8	38,5-55,0	48,3	39,7-56,7	18,4	0-37,5	10,4	0-20,1
Disparo de arma de fuego	152	7,0	2,8-11,1	7,2	2,8-11,6	2,9	0-8,5	23,6	4-43,0
Golpes con un objeto	259	11,9	6,5-17,3	12,0	6,3-17,7	9,4	0-22,2	2,9	0-8,6
Golpes por una o más personas	347	15,9	10,1-21,7	15,5	9,5-21,5	23,7	5,2-41,2	19,7	5,7-33,4
Otras	270	12,4	6,9-17,8	12,4	6,7-18,8	12,4	0-26,0	21,2	1,85-40,1
<b>Modalidad de las lesiones que requirieron hospitalización</b>									
Accidental	696	32,5	24,8-40,2	32,3	24,3-40,3	36,5	14,5-58,5	41,4	21,1-61,8
Intencional auto infligida	387	17,9	11,3-24,4	18,1	11,2-27,9	13,7	0-28,6	7,0	0-15,1
Intencional por agresión	1050	49,1	40,8-57,4	49,1	40,4-57,7	49,7	26,5-72,9	51,4	31,1-71,8

N= 9683. Datos expandidos.

\* En los últimos 12 meses

\*\* Hospitalización se refiere a haber pasado al menos una noche internado (no a ser atendido puntualmente en un servicio de urgencia o emergencia)



**Cuadro 26. Distribución de PPL según tipo de patología determinante de hospitalización previa, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Patología determinante	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Enfermedades crónicas	629	6,5	4,9-8,1	4,7	3,1-6,4	34,5	25,2-48	4,7	1-8,5
Episodios agudos de enfermedad	854	8,8	6,6-11,0	8,4	6,1-10,7	16,0	8,8-23,1	6,0	2-10,4
Intervenciones quirúrgicas	1086	11,2	8,8-13,7	10,7	8,1-13,8	20,4	12,4-28,4	11,8	5,8-17,8

N= 9683. Datos expandidos.

## Salud Bucal

**Cuadro 27. Distribución de PPL según variables vinculadas a la salud bucal, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Variable	TOTAL PPL			VARONES		MUJERES		< 19 años	
	N°	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Dolor o malestar bucodental en el último año</b>	3691	38,1	34,4-41,7	38,1	34,3-42,0	37,4	27,5-43,3	40,4	30-50,8
<b>Frecuencia de cepillado dental</b>									
Nunca	78	0,82	0,26-1,36	0,8	0,2-1,4	0	-	1,7	0-4,2
Una vez al mes o más	1046	10,87	8,4-13,2	11,1	8,5-13,7	7,1	0,2-12,3	5,3	1,1
Al menos una vez al día	8503	88,3	85,9-90,7	88,0	85,4-90,5	92,8	87,7-98,1	92,8	87,9-97,6

N= 9683. Datos expandidos.

## Consumo de sustancias psicoactivas en reclusión.

**Cuadro 28. Distribución de PPL según prevalencia de consumo de alcohol, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Consumo de alcohol	TOTAL PPL		VARONES	MUJERES	< 19 años
	N°	%	%	%	%
Prevalencia de último año	2829	32	32,5	24,5	57,3
Prevalencia de último mes	621	7	7,3	2,7	2,6

N= 8827. Datos expandidos. *Formulario auto administrado*

**Cuadro 29. Distribución de PPL según frecuencia de consumo de alcohol, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Frecuencia de consumo de alcohol	TOTAL PPL		VARONES	MUJERES	< 19 años
	N°	%	%	%	%
Una vez al mes o menos	1199	13,6	13,5	15,3	23,2
2 ó 4 veces al mes	765	8,7	9,0	4,0	13,0
2 ó 3 veces a la semana	338	3,8	4,0	1,5	4,2
4 a 6 veces a la semana	187	2,1	2,2	0,9	7,9
A diario	233	2,6	2,5	4,7	5,4
Nunca en el último año	6105	69,2	68,9	73,6	46,2

N= 8827. Datos expandidos. *Formulario auto administrado*

**Cuadro 30. Distribución de PPL según prevalencia de último mes de consumo de sustancias psicoactivas, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Prevalencia de último mes	TOTAL PPL		VARONES	MUJERES	< 19 años
	N°	%	%	%	%
Marihuana	2920	33,1	34,7	8,1	27,8
Pasta Base	419	4,75	5,0	0,9	0,9
Cocaína	239	2,71	2,8	0,9	5,3
Psicofármacos sin indicación médica	1636	18,5	19,3	6,6	17,7

N= 8827. Datos expandidos. *Formulario auto administrado*

## Prácticas sexuales en reclusión.

**Cuadro 31. Distribución de PPL según variables vinculadas a las prácticas sexuales, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Variable	TOTAL PPL		VARONES	MUJERES	< 19 años
	N°	%	%	%	%
Visitas íntimas					
SI	3041	34,4	35,8	12,8	5,8
NO	5498	62,3	60,9	83,8	91,9
n/c	288	3,2	3,3	3,4	2,3
Uso de condón en las visitas íntimas					
SI	1227	13,9	14,4	6,6	2,6
NO	3242	36,7	37,3	27,9	36,6
n/c	4358	49,4	48,3	65,5	60,8
Relaciones sexuales en reclusión por fuera de las visitas íntimas					
SI	398	4,5	4,4	6,6	0,9
NO	7507	85,0	85,3	81,1	90,2
n/c	922	10,5	10,3	12,3	8,9
Uso de condón en las relaciones sexuales fuera de las visitas íntimas					
SI	1083	12,3	12,5	8,1	11,2
NO	1676	19,0	19,2	15,5	11,8
n/c	6068	68,7	68,3	76,4	77,0
Antecedente de abuso sexual o violación en reclusión					
SI	113	1,3	0,9	6,6	2,6
NO	7866	89,1	89,7	79,8	89,5
n/c	848	9,6	9,4	13,6	8,9

N= 8827. Datos expandidos. *Formulario auto administrado*

## Factores de riesgo de suicidio en reclusión.

Cuadro 32. Distribución de PPL según variables vinculadas al riesgo de suicidio, por sexo y edad. Uruguay. 2015.

Variable	TOTAL PPL		VARONES	MUJERES	< 19 años
	N°	%	%	%	%
Antecedente de ideación suicida					
SI	1982	22,4	22,5	22,3	16,0
NO	6464	73,2	73,2	74,3	80,0
n/c	381	4,3	4,3	3,4	4,0
Antecedente de intento de autoeliminación					
SI	1167	13,2	13,3	12,1	11,6
NO	7038	79,7	79,8	79,0	84,4
n/c	622	7,1	6,9	8,9	4,0
Antecedente de intento de autoeliminación en el último año					
SI	723	8,2	8,3	6,4	9,8
NO	4856	55,0	55,2	51,3	48,0
n/c	3248	36,8	36,4	42,3	42,2

N= 8827. Datos expandidos. *Formulario auto administrado*

## Barreras para la atención de urgencia

**Cuadro 33. Distribución de PPL según percepción de barreras para la atención, por sexo y edad. Uruguay. 2015.**

Variable	TOTAL PPL		VARONES	MUJERES	< 19 años
	N°	%	%	%	%
Dificultad de acceso a la atención de urgencia					
SI	3685	41,8	42,3	32,3	33,9
NO	4689	53,1	52,4	64,3	60,5
n/c	453	5,1	5,3	3,4	5,6
Causas percibidas de la dificultad de acceso a la atención de urgencia					
Personal de custodia	2682	30,4	31,0	20,2	14,7
Otros presos	114	1,3	1,3	1,5	4,1
Personal de salud	561	6,4	6,2	9,1	6,7
Otras	291	3,3	3,2	4,1	2,3
n/c	1015	11,5	11,5	8,1	18,8

N= 8827. Datos expandidos. *Formulario auto administrado*

## ANEXO 2. CUADRO SÍNTESIS DE RESULTADOS

Cuadro síntesis de los principales resultados del estudio epidemiológico en PPL.  
Uruguay. 2015

Variable	Total PPL	VARONES	MUJERES	< 19 años
<b>Caracterización de la población</b>				
Distribución por sexo		94.0%	6.0%	
Menores de 35 años	72.2%	73.1%	57.8%	
Edad promedio	31	31	33	
Analfabetos	5.7%	6%	0	4.4%
Estudios Secundarios	48.4%	47,5%	60%	64.1%
Solteros	53.5%	54%	46%	73.7%
Con vínculo de pareja (casados o unión libre)	39.6%	39.6%	39.4	25.3%
Con oficio/profesión	51.4%	52%	44%	19.4%
Cobertura sanitaria de ASSE	88.1%	87.9%	91.5%	88.2%
<b>Situación de privación de libertad</b>				
Tiempo promedio de ultima reclusión (meses)	28.1	28	26	6.4
Mediana de tiempo de ultima reclusión (meses)	17			
Medidas Privativas de Libertad como menor	29.2%	30%	17%	38% Previa a actual
Tasa de reincidencia penitenciaria	49.4%	50.6%	29.9%	
<b>Aspectos vinculados a las Enfermedades No Transmisibles</b>				
Sin antecedente de control de presión arterial	36.2%	38%	14%	17%
<b>Prevalencia de Hipertensión Arterial</b>	15.9%	16%	15.4%	3.4%
Sin antecedente de control de glicemia	70.6%	72.9%	36.1%	4.3%
<b>Prevalencia de Diabetes</b>	<b>3.9%</b>	<b>3.5%</b>	<b>8.7%</b>	<b>2.3%</b>
Sin antecedente de control de colesterolemia	82%	83%	67%	100.0%
<b>Hipercolesterolemia</b>	16%	15.3%	24.9%	2.5%
<b>Sobrepeso y Obesidad</b>	40.2%	39.1%	56.8%	27.2%
Antecedente de sobrepeso y obesidad	9.8%	9.4%	16.8%	15.7%



Tiempo diario promedio sentados o recostados (en horas)	6	6	5.1	5.3	
Más de 10 hs. diarias sentado o recostado	16.2%	16.2%	16%	17.1%	
Nunca consumo de frutas ni verduras	23.4%	21%	56%	5.6%	
Nunca consumo de frutas	54.6%	53.8%	68%	12%	
Consumo de frutas y/o verduras todos los días	46%	47%	26%	74%	
Consumo de sal agregada a la comida siempre	65.9%	67%	45%	21%	
Fumadores de tabaco	73.9	73.7%	76.6%	81%	
Expuestos al humo por 7 días en espacio cerrado	86.4	87%	75%	90%	
<b>Otros aspectos de morbilidad</b>					
Incidencias de Enfermedades infecciosas respiratorias actuales	28,5%	28%	36%	35%	
Asma como motivo de internación	2.2%	1.7%	8.7%	2.3%	
Antecedentes de Tuberculosis		4.4%	3.9%	0	
<b>Aspectos de salud sexual y reproductiva</b>					
No recibe visitas íntimas	59.9%	58.4%	82.2%	96%	
Uso de condón en visitas íntimas	13.9%	14.4%	6.6%	2.7%	
Relaciones sexuales en reclusión por fuera de las visitas íntimas	4.5%	4.4%	6.6%	0.9%	
Uso de condón en las relaciones sexuales fuera de las visitas íntimas	12.3%	12.5%	8.1%	11.2%	
Antecedente de ITS en los últimos 2 años	6,5%	5.7%	20.7%	1.5%	
Antecedente de	Sífilis	3.6%	3.3%	8%	0
	HPV	0.5	0	7.7	0.5%
	Gonorrea	0.3	0.3%	0	0
<b>Test rápido de VIH positivo</b>	1.3%	1.2%	3.6%	0	
Tiempo desde ultimo PAP > 3 años o Nunca			28.7%		
Antecedente de abuso sexual o violación en reclusión	1.3%	0.9%	6.6%	2.6%	

<b>Aspectos de salud mental</b>					
No recibe de visitas		19.1%	18%	29%	7%
Visitados por	padres	58.1%	59%	44%	81%
	hijos	30.9%	30%	48%	14%
	pareja	52.5%	54%	28%	23%
	amigos	15.4%	15.4%	14.3%	0
Frecuencia de visitas semanal		52.7%	53%	51%	86%
Lesiones auto infligidas con hospitalización		17.9%	18%	13.7%	7%
Antecedente Ideación suicida en reclusión		22.4%	22.5%	22.3%	16%
Antecedente de intento de autoeliminación		13.2%	13.3%	12.1%	11.6%
<b>Intento de autoeliminación en último año</b>		<b>8.2</b>	<b>8.3%</b>	<b>6.4%</b>	<b>9,8%</b>
Consumo de sustancias psicoactivas (Prevalencia de consumo en el último mes)	Alcohol	7%	7.3%	2.7%	2.6%
	Marihuana	<b>33.1</b>	<b>35%</b>	<b>8%</b>	<b>28%</b>
	Pasta Base	4.7%	5%	1%	1%
	Cocaína	2.7%	2.8%	1%	5.3%
	Psicofármacos sin indicación	<b>18.5%</b>	<b>19%</b>	<b>6.6%</b>	<b>17.7%</b>
<b>Aspectos vinculados a la salud bucal</b>					
Dolor o malestar en los dientes o boca en el último año		38%	38%	37%	40%
No cepillado dental diario		11.7%	12%	7%	7%
Menos de 10 dientes naturales		9.3%	9%	15.4%	0
Con 20 o más dientes naturales		65.7%	66%	57%	90%
<b>Aspectos vinculados a la hospitalización</b>					
Incidencia de lesiones que requirieron atención médica.		22.2%	22.4%	17.2%	30.5%
Proporción de lesiones que requirieron hospitalización		37%	38.5%	11%	43%

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

## ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### Formulario de entrevista.

---



Proyecto “Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

## Diagnóstico Epidemiológico

Estudio de Corte Transversal sobre Morbilidad Prevalente

Formulario de recolección de datos



# Diagnóstico Epidemiológico

## Estudio de Corte Transversal sobre Morbilidad Prevalente

### Formulario de recolección de datos<sup>14</sup>

---

14. Formulario diseñado en base al Instrumento STEPS v2.1, método “STEPwise” de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas.

La metodología permite medir, en forma estandarizada, la prevalencia de los factores de riesgo mencionados. Debe su nombre a que la medición de los factores de riesgo se realiza en diferentes pasos de acuerdo a los recursos y a las posibilidades de cada país:

**Paso 1** - Mediante la realización de un cuestionario se recoge información sobre los 4 factores de riesgo “conductuales”: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada y sedentarismo;

**Paso 2** – Realización de mediciones físicas (peso, talla, presión arterial y perímetro abdominal) para determinar sobrepeso / obesidad y presión arterial elevada;

**Paso 3** - Recolección de muestras de sangre para medición de glucemia y colesterolemia,

Este estudio incorpora también los módulos del STEPS relativos a salud bucal y a lesiones, así como agrega preguntas originales a fin de explorar la morbilidad reciente y algunas condiciones específicas que se suceden en reclusión. Complementariamente, contempla también la recolección de muestra de sangre por punción digital para la realización de test rápidos para el diagnóstico de Sífilis y VIH.

## CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO

Dejo constancia que he sido informada/o y he comprendido las características y los alcances del estudio “Salud en centros de privación de libertad”.

Mi participación es voluntaria. He podido realizar todas las preguntas y aclarado todas las dudas que he considerado necesario plantear y manifiesto mi conformidad en participar en el mismo

Fui informada/o que se me realizará un cuestionario anónimo por el personal de salud. Se me tomarán medidas físicas de presión arterial, peso, talla y medida de perímetro abdominal. Se me realizará punción dactilar para obtener una muestra de una gota de sangre para diagnosticar mi situación de salud respecto al nivel de azúcar en sangre y colesterol, sífilis y al VIH y por último se me dará un cuestionario para contestar yo mismo en forma también anónima.

Se me ha comunicado que si algún resultado de los test de VIH o sífilis es positivo, se me extraerá sangre por punción venosa, para realizar un estudio confirmatorio del resultado y que de ser positivo, recibiré tratamiento apropiado por ese motivo.

**En conformidad con lo anterior consiento que se me realice:** *(marque con una X encima del SI, si acepta, o en el No, si no acepta)*

Encuesta realizada por el personal de salud	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Toma de medidas físicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Test Rápidos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Encuesta auto administrada	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**Firma:**..... **Fecha:**.....

**Firma de la persona que obtuvo el consentimiento:** .....

(Aclaración de Firma) .....

*En caso de tratarse de un menor (SIRPA), además:*

**Firma del representante legal:** .....

(Aclaración de Firma) .....

**No puedo leer este consentimiento, pero me lo han leído y explicado. Voluntariamente acepto participar en esta investigación**

**Firma de la persona que lo leyó:** .....

(Aclaración de Firma) .....

**Firma de Testigo:** .....

(Aclaración de Firma) .....

Por favor, marque la respuesta que corresponda con un círculo.

Ejemplo: Si  1  
 No  2

Control de Calidad			
0	Código de identificación del entrevistador	_____	ID-E

## Paso 1 Situación de Salud

Información demográfica			
Pregunta	Respuesta		Código
1	<NO PREGUNTAR> Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2 Otro 3	C1
Para comenzar le haré algunas preguntas, que solo tienen por finalidad clasificar las respuestas de quienes participan en este estudio.			
2	¿Cuál es su <u>fecha de nacimiento</u> ? <i>No Sabe 77 77 7777</i>	_____ Si lo sabe, Día Mes Año pase a P4	C2
3	¿Cuántos <u>años cumplidos</u> tiene usted? <i>No Sabe 7777</i>	Años _____ No sabe _____	C3
4	¿Sabe usted <u>leer y escribir</u> ?	Sí 1 No 2 Pase a P8	C5a
5	¿Cuál es el <u>nivel de educación más alto</u> que cursó, lo haya terminado o no?	Sin escolarización formal 1 Primaria 2 Ciclo básico (Liceo, UTU) 3 Secundaria Segundo ciclo (bachillerato, UTU) 4 Estudios terciarios universitarios 5 Estudios terciarios no universitarios (incluye maestría y profesorado) 6 Estudios de postgrado 7 <NO LEER>Rehúsa 88	C5



6	En total, ¿Cuántos años de estudio <b>aprobó</b> en ese nivel?  <i>Si no finalizó 1er año: 00</i>	Años <input type="text"/>	X4
8	¿Actualmente está...  <b>&lt;Leer opciones&gt;</b>  <i>Priorizar situación conyugal sobre la legal (ejemplo: viudo con pareja actual, marcar 'en unión libre')</i>	Soltero/a 1 Casado/a 2 En unión libre 3 Es Viudo/a 4 Separado o divorciado 5 <b>&lt;NO LEER&gt;</b> Rehúsa 88	C7
9	Desde que le apresaron por última vez, en este u otro centro de reclusión, ¿hace cuánto tiempo se encuentra privado de libertad?	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>	R1
10	¿Ha estado recluso como menor anteriormente?	Sí 1 No 2	R2
11	¿Ha estado recluso como adulto anteriormente? (NO APLICA A SIRPA)	Sí 1 No 2	R3
12	¿Recibe visitas?	Sí 1 No 2 Pase a P17	R4
13	¿Cada cuánto?	1 o más veces por semana 1 1 o más veces por mes 2 1 o más veces en el año 3	R5
14	¿Quién lo visita?	Pareja 1 Hijos 2 Padres 3 Hermanos 4 Amigos 5	R6a R6b R6c R6d R6e
15	¿Recibe visitas conyugales? (NO APLICA A SIRPA)	Sí 1 No 2 Pase a P17	R7
16	¿Cada cuánto?	1 o más veces por semana 1 1 o más veces por mes 2 1 o más veces en el año 3	R9
17	¿Tiene Oficio/Profesión?	Sí 1 No 2	X7
18	¿Cuál...? Escuchar al recluso y clasificar	Manuales 1 Técnicas 2 Profesionales 3 Otros 4 N/C 5	X7a



19	¿Tiene <b>cobertura para atenderse</b> en alguna institución de asistencia médica?	Mutualista 1	X8
	Si tiene cobertura: Esa cobertura es en ... <Leer opciones; marcar principal>	ASSE 2 Sanidad Policial 3 Sanidad Militar 4 Seguro privado integral 5 Sin cobertura 6	

Consumo de tabaco			
Ahora le haré preguntas sobre algunos comportamientos relacionados con la salud, como fumar, beber alcohol, comer frutas y verduras así como practicar actividades físicas. <b>Empecemos por el tabaco.</b>			
Pregunta	Respuesta	Código	
20	¿Fuma usted actualmente algún producto de <b>tabaco</b> , como cigarrillos, armados?	Sí 1 No 2 Pase a P24	T1
21	¿Fuma usted <b>a diario</b> ?	Sí 1 No 2 Pase a P24	T2
22	¿A qué <b>edad comenzó</b> usted a <b>fumar a diario</b> ? <i>No recuerda 77</i>	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/>	T3
23	En promedio, ¿ <b>cuántos</b> de los siguientes productos <b>fuma al día</b> ? <Leer opciones; completar todas> <i>No recuerda 77</i>	Cigarrillos <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a
		Tabaco para armar <input type="text"/> <input type="text"/>	T5b
24	En el pasado, ¿Usted <b>fumó</b> ? Si responde afirmativamente: ¿Fumaba <b>a diario</b> ... <b>ocasionalmente</b> ?	A diario 1 Ocasionalmente 2 Pase a P27 No 3 Pase a P27	X10
25a	<i>Dejó de fumar a diario?</i>	Sí 1 No 2 Pase a P27	
25b	¿Qué <b>edad</b> tenía cuando <b>dejó de fumar a diario</b> ? <i>No sabe 77</i>	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe pase a P27	T7-X11
26	¿ <b>Cuánto tiempo</b> hace que <b>dejó de fumar a diario</b> ?  (MARCAR SOLAMENTE UNO, NO LOS TRES) <i>No recuerda 77</i>	Años atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8a-X12
		Meses atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8b-X13
		Semanas atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8c-X14
27	Durante los <b>últimos 7 días</b> ¿Cuántos <b>días</b> hubo alguien que <b>fumó en su presencia en un espacio cerrado</b> ?	Nro. de días <input type="text"/>  No sabe 77	T13 o X15

Dieta		
Ahora le haré unas preguntas sobre el consumo de frutas y verduras.		
Pregunta	Respuesta	Código
28 Pensando en frutas frescas como manzanas, bananas, naranjas...(o duraznos en almíbar) <b>En general, ¿Cuántos días come usted frutas a la semana?</b>	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si ningún día pase a P30  No Sabe 77	D1
29 <b>¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?</b>  Una porción equivale a una fruta entera mediana, una taza mediana o un vaso de jugo natural.	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  No Sabe 77	D2
30 Sin considerar papa o boniato. <b>En una semana, ¿Cuántos días come usted verduras cuando come?</b>	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si ningún día pase a P32  No Sabe 77	D3
31 <b>¿Cuántas porciones de verduras come en uno de esos días?</b>  Una porción de verduras equivale a un plato de postre, o medio plato grande.	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  No Sabe 77	D4

Consumo de sal		
Con las siguientes preguntas nos gustaría conocer cuánto agrega de sal cuando come. Me refiero a sal común de mesa, sal marina, salsa de soja o cubitos de caldo salado.		
Pregunta	Respuesta	Código
32 <b>¿ En una semana típica, con qué frecuencia agrega sal cuando va a comer?</b>	Siempre 1 Casi siempre 2 Algunas veces 3 Raramente 4 Nunca 5 No sabe 77	X39

Comportamiento sedentario		
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar <b>sentado o recostado</b> . Se incluye el tiempo que pasa ante una mesa de trabajo, o viendo la televisión. Pero <b>no se incluye el tiempo pasado durmiendo</b> .		
Pregunta	Respuesta	Código
33 <b>¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?</b>	Horas : minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hrsmins	P16 (a-b)
34 En promedio, ¿cuánto tiempo tiene para salir practicar algún deporte o alguna otra actividad física en la semana?	Horas : minutos <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hrsmins	P17 (a-b)

<b>Antecedentes de presión arterial elevada</b>			
Cambiando de tema...			
<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Código</b>	
35	¿Alguna vez un <b>doctor</b> u <b>otro profesional de salud</b> le <b>hatomado la presión</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P39	H1
36	¿Alguna vez le ha dicho un <b>médico</b> u <b>otro profesional de salud</b> que tiene <b>presión alta</b> , o <b>hipertensión</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P39	H2a
37	¿Le han dicho esto <b>en los últimos 12 meses</b> ?	Sí 1 No 2	H2b
<b>En relación con la presión alta ¿un médico u otro profesional de salud...</b>			
38	Le ha recetado <b>medicamentos</b> que usted <b>ha tomado durante las últimas dos semanas</b> ?	Sí 1 No 2	H3a

<b>Antecedentes de diabetes</b>			
<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Código</b>	
39	¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le <b>hamedido la glucosa (azúcar) en la sangre</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P47	H6
40	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su <b>nivel de glucosa (azúcar) en la sangre es alto</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P47	H7a
41	¿Le han dicho esto en <b>los últimos 12 meses</b> ?	Sí 1 No 2	H7b
<b>¿Un médico u otro profesional de salud le ha indicado alguno de los <u>tratamientos</u> o le ha <u>aconsejado</u> alguna de las cosas que le voy a leer a continuación por tener diabetes? Por ejemplo...</b>			
42	Le ha indicado <b>inyectarse Insulina</b>	Sí 1 No 2	H8a
43	Le ha <b>recetado medicamentos por boca</b> , que usted ha tomado <b>durante las últimas dos semanas</b>	Sí 1 No 2	H8b
44	Le ha indicado <b>una dieta especial</b> por prescripción médica	Sí 1 No 2	H8c
45	¿Cuál fue la <b>última vez</b> que <b>le examinaron sus ojos</b> como parte del <b>control de la diabetes</b> ?	Durante los últimos dos años 1 Hace más de dos años 2 Nunca 3 No sabe 77	H11
46	¿Cuál fue <b>la última vez</b> que <b>le examinaron sus pies</b> como parte del <b>control de la diabetes</b> ?	Durante el último año 1 Hace más de uno año 2 Nunca 3 No sabe 77	H12

Antecedentes de colesterol elevado			
Pregunta	Respuesta	Código	
47	¿Alguna vez <b>un médico</b> u <b>otro profesional de la salud</b> le ha medido el <b>colesterol</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P51	L1a
48	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su <b>nivel de colesterol es alto</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P51	L2a
49	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	L2b
50	¿Ha tomado <b>medicamentos para el colesterol por boca que le haya dado el médico</b> durante las últimas 2 semanas?	Sí 1 No 2	L3a

Antecedentes de sobrepeso/obesidad			
Pregunta	Respuesta	Código	
51	¿Alguna vez le ha dicho <b>un médico</b> u <b>otro profesional de la salud</b> que tiene usted <b>sobrepeso</b> u <b>obesidad</b> ?	Sí 1 No 2 pase a P53	X51
52	¿Le han dicho esto <b>en los últimos 12 meses</b> ?	Sí 1 No 2	X52

Antecedentes familiares			
Ya para ir terminando...			
Pregunta	Respuesta	Código	
53	¿Alguno de los <b>miembros de su familia (abuelos, padre o madre, hermanos o hermanas)</b> ha sido <b>diagnosticado</b> con algunas de las siguientes <b>enfermedades</b> ? Por ejemplo...		
	Diabetes (azúcar) en la sangre	Sí 1 No 2 No sabe 3	F1a
	Presión alta	Sí 1 No 2 No sabe 3	F1b
	Derrame cerebral	Sí 1 No 2 No sabe 3	F1c
	Cáncer o tumor maligno	Sí 1 No 2 No sabe 3	F1d
	Colesterol alto	Sí 1 No 2 No sabe 3	F1e
54	Ataque de corazón antes de los de <b>55 años</b> si es <b>hombre</b> o antes de los <b>65 años</b> si es <b>mujer</b>	Sí 1 No 2 No sabe 3	F1f
	¿Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres, hermanos y hermanas) ha estado en <b>tratamiento de diálisis renal</b> o ha <b>recibido un transplante de riñón</b> ?	Sí 1 No 2 No sabe 3	X60



Tamizaje de salud			
Pregunta	Respuesta	Código	
55	Solo mujeres. (Hombre, pasa a 58) ¿Cuándo fue la <b>última vez</b> que en un examen médico <b>le examinaron las mamas</b> ?	1 año o menos 1 Entre 1 a 2 años 2 Más de 2 años 3 Nunca 4 No se 77	S5
56	¿Cuándo fue la <b>última vez</b> que se realizó una <b>mamografía</b> ?	Hace menos de 1año 1 Entre 1 año y menos de 2 años 2 Entre 2 años y menos de 3 años 3 3 o más años 4 Nunca 5 No se 77	S6

57	¿Cuándo fue la <b>última vez</b> que se realizó un examen de <b>Papanicolau</b> ?	Hace menos de 1 año 1 Entre 1 año y menos de 2 años 2 Entre 2 años y menos de 3 años 3 3 o más años 4 Nunca 5 No se 77	S7
----	---	---	----

Lesiones			
Preguntas	Respuestas	Código	
Las siguientes preguntas refieren a <b>lesiones graves</b> en los <b>últimos 12 meses</b>			
58	Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo <b>lesionado(a)</b> <b>requiriendo atención médica</b> ?	Si 1 No 2 pase a P62 No sabe 77 Rehúsa 88	X68
59	¿Estuvo <b>hospitalizado</b> por esas lesiones? Por <i>hospitalizado</i> nos referimos a haber pasado al menos una noche internado. (no a ser atendido puntualmente en un servicio de emergencia)	Si 1 No 2	X69

60	¿Cuál fue la <b>causa</b> de esas lesiones?	<p style="text-align: center;">Caída 1                  Quemadura 2                  Intoxicación 3                  Herida con objeto cortante 4                  Mordida de animal 6                  Recibir disparo de arma de fuego 7                  Ser golpeado por un objeto 8                  Ser golpeado por una o más personas 9                  Otro 10 Especificar otro                  No sabe 77                  Rehúsa 88</p> <p style="text-align: center;">Especificación OTRO _____</p>	<p style="text-align: center;">X70</p> <p style="text-align: center;">X70otro</p>
61	¿Estas lesiones fueron causadas de manera <b>accidental</b> o <b>intencional</b> ?  Si responde intencional:  ¿Se produjo <b>usted</b> esas lesiones o <b>se las causó otra persona</b> ?  (Clasificar)	<p style="text-align: center;">Accidental 1                  Intencional Auto infligida 2                  Intencional Agresión 3                  No sabe 77                  Rehúsa 88</p>	<p style="text-align: center;">X71</p>

Otros datos de morbilidad			
Preguntas		Respuestas	Código
Las siguientes preguntas refieren a <b>enfermedades adquiridas</b> .			
62	¿Tiene o tuvo en la última semana una enfermedad respiratoria con tos y/o catarro?	<p style="text-align: center;">Si 1                  No 2                  No sabe 77                  Rehúsa 88</p>	<p style="text-align: center;">X73</p>
63	¿Tiene alguna infección de piel? (Herida infectada, supuración, costra, etc.)	<p style="text-align: center;">Si 1                  No 2                  No sabe 77                  Rehúsa 88</p>	<p style="text-align: center;">X73a</p>
64	¿Tiene ardor o dolor para orinar?	<p style="text-align: center;">Si 1                  No 2                  No sabe 77                  Rehúsa 88</p>	<p style="text-align: center;">X73b</p>





<b>¿Estuvo internado alguna vez en los últimos dos años por alguna enfermedad?...</b> <i>(Escuche el relato y complete)</i>			
65	Enfermedad crónica	Si 1 No 2	X73c
	¿Cuál o cuáles?	_____	X73d
	Enfermedad aguda	Si 1 No 2	X73e
	¿Cuál o cuáles?	_____	X73f
	Intervención quirúrgica	Si 1 No 2	X73g
	¿Cuál o cuáles?	_____	X73h
66	¿Ha tenido o se le ha diagnosticado alguna infección de transmisión sexual en los últimos 2 años estando recluido?	Si 1 No 2	X73i
	¿Cuál o cuáles?	_____	X73j
67	¿Le han realizado algún examen para determinar una infección de sífilis o por VIH?	Si 1 No 2	X73k

Salud Bucal			
Las siguientes preguntas son acerca de su estado de salud bucal y los comportamientos relacionados.			
Preguntas		Respuesta	Código
68	¿Cuántos dientes naturales tiene el recluso? (Definirlo en intercambio con encuestado)	Sin dientes naturales 1 1 a 9 dientes 2 10 a 19 dientes 3 20 dientes o más 4 No sabe 77	Si no tiene dientes naturales ir a P70 01
69	¿Cómo describiría el estado de sus <b>dientes</b> ?	Excelente 1 Muy bueno 2 Bueno 3 Regular 4 Malo 5 Muy malo 6 No sabe 77	02
70	¿Cómo describiría el estado de las <b>encías</b> ?	Excelente 1 Muy bueno 2 Bueno 3 Regular 4 Malo 5 Muy malo 6 No sabe 77	03
71	¿Tiene alguna <b>prótesis removible</b> ?	Si 1 No 2	Si es No, ir a P73 04
<b>¿Cuál de las siguientes prótesis removibles tiene? (PARA CADA)</b>			
72	dentadura maxilar superior	Si 1 No 2	05a
	dentadura maxilar inferior	Si 1 No 2	05b
73	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido en los dientes o la boca algún dolor o malestar?	Si 1 No 2	06
74	¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fue al dentista?	Menos de 6 meses 1 6-12 meses 2 Más de 1 año pero menos de 2 años 3 Más de 2 pero menos de 5 años 4 5 o más años 5 Nunca recibió atención dental 6	Si es nunca, ir a P76 7
75	¿Cuál fue la razón principal de su última visita al dentista?	Consulta 1	08
		Dolor o problemas con los dientes, las encías o la boca 2	
		Tratamiento / 3	
		Control de tratamiento 4	
		Otros 5	Si es otro ir a O8o
		Otros (especificar) _____	08o

76	Habitualmente, ¿con qué frecuencia se lava los dientes?	Nunca	1	
		Una vez al mes	2	
		2-3 veces al mes	3	
		Una vez por semana	4	
		2-6 veces por semana	5	
		Una vez al día	6	
		2 o más veces al día	7	
Una pregunta final				
77	Tiene Ud. Régimen de salidas transitorias	Si	1	W1
		No	2	

## Paso 2 Medidas Físicas

Medición de presión arterial				
1	Tamaño del brazalete utilizado Los brazaletes que se utilizan son medianos (normal)	Pequeño	1	M10
		Normal	2	
		Grande	3	
2	Lectura 1	Sistólica (mmHg)	_____	M11a
		Diastólica (mmHg)	_____	M11b
3	Lectura 2	Sistólica (mmHg)	_____	M12a
		Diastólica (mmHg)	_____	M12b
4	Lectura 3	Sistólica (mmHg)	_____	M13a
		Diastólica (mmHg)	_____	M13b
5	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión alta?	Si	1	M14
		No	2	

Medición de talla y peso		Respuesta		Código
6	<u>Estatura</u>	en Centímetros (cm.)	_____ . ____	M3
<b>OBSERVACIONES</b>				
7	El informante se encontraba...	Calzado	1	X85
		Descalzo	2	

8	¿El informante utilizó gorro durante la medición?	Si 1 No 2	X86
9	Otra situación que afecte la medida: _____		X87otro
10	<b>Peso</b> Si pesa demasiado para la escala, usar código 666.6	en Kilogramos (Kg.) <input type="text"/>	M4
<b>OBSERVACIONES</b>			
11	<i>Sólo mujeres:</i> ¿Está usted embarazada?	Si 1 Finalizar (no medir cintura) No 2	M5
12	El informante se encontraba...	Con calzado 1 Sin calzado 2	X88
13	¿El informante llevaba puesto más de un buzo?	Si 1 No 2	X89
14	¿El informante llevaba puesta campera?	Si 1 No 2	X90
15	Otra situación que afecte la medida: _____		X91otro

<b>Perímetro de Cintura</b>			
16	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm.) <input type="text"/>	M7
<b>OBSERVACIONES</b>			
17	La medición se tomó...	Sobre la piel 1 Sobre buzo fino 2 Sobre ropa de abrigo 3	X92
18	Otra situación que afecte la medida: _____		X93otro

### Paso 3 Medidas bioquímicas

Consentimiento	Respuesta	Código
Se le ha leído y obtenido el consentimiento del entrevistado para el paso 3	Si 1 No 2 ( <b>finalice</b> )	X94

<b>Glucemia</b>			
1	Durante las últimas <b>8 horas</b> , ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Si 1 No 2	B1

3	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> Hrsmins	B3
4	Glucemia en ayunas	mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	B4
5	<b>¿Se ha administrado insulina o tomado medicación para la diabetes en el día de hoy?</b>	Sí 1 No 2	B5

Colesterol			
6	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B6
7	Colesterol total	mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	B7
8	<b>¿Durante las últimas 2 semanas, ha tomado medicamentos para el colesterol alto?</b>	Sí 1 No 2	B8

Tuberculosis			
9	¿Alguna vez estuvo tratado por tuberculosis?	Sí 1 No 2	B9
10	Revisar historia clínica y constatar si hay registro o no de tuberculosis o de su tratamiento.	<i>Anterior</i> Sí 1 No 2	B10a
		<i>Actual</i> Sí 1 No 2	B10b

Sífilis			
11	Resultado del test de Sífilis	positivo 1 negativo 2	B11

VIH Sida			
12	Resultado del test de VIH	positivo 1 negativo 2	B12

**Agradecer el tiempo y el interés dispensado...**

Observaciones -.
------------------

## Formulario auto administrado.

## Diagnóstico Epidemiológico

# Formulario AUTOADMINISTRADO

## ANONIMO Y CONFIDENCIAL

Información demográfica			
Pregunta	Respuesta		Código
101	¿Cuántos <b>años cumplidos</b> tiene usted?	Años No sabe	C3

Por favor, de aquí en más, marque la respuesta que corresponda con un círculo

Ejemplo: Si  1  
No  2

Consumo de alcohol en reclusión			
Pregunta	Respuesta		Código
102	¿Ha <b>consumido alguna bebida alcohólica</b> en los <b>últimos 12 meses</b> ?	Sí 1 No 2	X22
103	<b>Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia</b> ha tomado al menos una bebida alcohólica? <Leer opciones>	Una vez al mes o menos 1 2 ó 4 veces al mes 2 2 ó 3 veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 4 A diario 5	X23
104	¿Ha consumido una bebida que contenga alcohol en los últimos 30 días?	Sí 1 No 2 No sabe 7	X33

Consumo de sustancias en reclusión			
105	En los últimos 30 días, ¿Ud. consumió marihuana?	Sí 1 No 2	40 A
106	En los últimos 30 días, ¿Ud. consumió pasta base?	Sí 1 No 2	40 B
107	En los últimos 30 días, ¿Ud. consumió cocaína?	Sí 1 No 2	40 C
108	En los últimos 30 días, ¿Ud. consumió psicofármacos fuera de la indicación médica (que no le dio el médico)?	Sí 1 No 2	40 D

Relaciones sexuales en reclusión			
109	¿Tiene visitas conyugales?	Si 1 No 2 pase a 111	40 E
110	¿Usa condón en sus visitas conyugales?	Si 1 No 2	40 F
111	<b>Sin considerar las visitas conyugales</b> , ¿mantiene otras relaciones sexuales en su condición de reclusión?	Si 1 No 2 pase a 114	40 G
112	¿Cada cuánto?	1 o más veces por semana 1 1 o más veces por mes 2 1 o más veces en el año 3	40 H
113	¿Usa condón en esas relaciones sexuales?	Si 1 No 2	40 I
114	¿Sufre o ha sufrido violación u otra situación de violencia sexual en reclusión?	Si 1 No 2	40 J

Intentos de autoeliminación en reclusión			
115	¿Ha <b>pensado</b> en algún momento de su reclusión en quitarse la vida?	Si 1 No 2 pase a 117	40 K
116	¿Lo ha pensado en el último año?	Si 1 No 2	40 L
117	¿Ha <b>intentado</b> quitarse la vida en algún momento de su reclusión?	Si 1 No 2 pase a 119	40 M
118	¿Lo ha intentado en el último año?	Si 1 No 2	40 N

Acceso a la atención de salud en reclusión y barreras a la misma			
119	Ante una situación de salud que Ud. considera como urgente, ¿tiene dificultades para lograr que lo atiendan?	Si 1 No 2 Aquí finaliza	40 O
120	¿A qué se deben esas dificultades (quién le dificulta que lo atiendan)?  (Marque todas las opciones que le parezca)	Personal de custodia 1 Otros presos 2 Personal de salud 3 Otros motivos 4 No sé 5 No quiero contestar 6	40 P



