

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”

Protocolo de Atención INGRESO de ADOLESCENTES al Sistema de Medidas Cautelares Privativas de Libertad



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORDENA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

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”

Protocolo de Atención INGRESO de ADOLESCENTES al Sistema de Medidas Cautelares Privativas de Libertad



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. Protocolo de atención ingreso de adolescentes al sistema de medidas cautelares privativas de libertad. Montevideo: OPP, 2016. **31 p.**

1. Prestación Integrada de Atención de Salud. 2. Prisiones-tendencias. 3. Adolescente. 4. Protocolos. 5. Registros Médicos. 6. Uruguay

ISBN: 978-9974-8561-1-0

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; 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: 369.799 / 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

GRUPO DE TRABAJO

Dra. Eva Migues. Dirección Programa Medidas Curativas - SIRPA

Dra. María Maneiro. Dirección Programa Medidas Curativas - SIRPA

Dra. Susana Grumbaum. PNSAyJ. DIGESA. MSP

Dra. Yeni Hortonedá. PNSAyJ. DIGESA. MSP

Dra. Monica Silva. Dirección de Salud. INAU.

Lic. José Luis Priore. Director Nacional de Salud - INISA.

Dra. Dione Carrasco. Área Niñez y Adolescencia - ASSE

Psic. Luis González. Equipo técnico Área Tratamiento - SND.

Dr. Alvaro Arroyo. UNICEF

Dr. Wilson Benia. OPS/OMS

Dra Perla Vivas. OPS/OMS

REVISORES

Lic. Gabriela Fulco. INISA.

Dr. Miguel Fernandez Galeano. OPS/OMS.

Fecha de elaboración: 1° de junio de 2015.

Fecha de revisión: 29 de abril de 2016.

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.

Nota: el presente documento se ha basado en el Proyecto del Programa de Medidas Curativas aprobado por la Comisión Delegada de SIRPA en el año 2013. Programa elaborado por las Dras. Migues y Maneiro (Equipo de Dirección del Programa de Medidas Curativas) y que fuera llevado a cabo en los años 2013, 2014 y 2015.



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



CONTENIDO

1.	ABREVIATURAS.....	6
2.	INTRODUCCION.....	7
	2.1. Marco conceptual y normativo	7
3.	JUSTIFICACION	9
4.	OBJETIVOS.....	11
	4.1. Objetivo General	11
	4.2. Objetivos Específicos.....	11
5.	DEFINICION	11
6.	ALCANCE	12
	6.1. Ámbito de aplicación.....	12
	6.2. Población destinataria.....	12
	6.3. Oportunidad de realización.....	12
7.	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	13
	7.1. Enfoque de derechos y de género.....	13
	7.2. Integralidad del diagnóstico	14
	7.3. Cobertura y capacidad operativa de los equipos de salud	14
	7.4. Diagnóstico precoz	14
	7.5. Registro sistemático de las acciones diagnósticas.....	14
8.	PROCEDIMIENTOS.....	15
	8.1. Presentación y consentimiento.....	15
	8.2. Evaluación integral	16
	8.3. Paraclínica	17
	8.4. Vacunación.....	18
	8.5. Consultas con especialistas en sector público o privado.....	18
	8.6. Acciones de seguimiento	19
9.	PERSONAL INTERVINIENTE.....	20
10.	EQUIPAMIENTO.....	20
11.	REGISTROS	21
12.	LISTA DE DISTRIBUCIÓN	22
13.	NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS.....	23
	Bibliografía	23
	ANEXOS	25
	Anexo 1. GLOSARIO	25
	Anexo 2. Gráficas de Estatura e Índice de Masa Corporal para Control	28
	Anexo 3. Grados de Desarrollo Puberal de Tunner.....	30

1. ABREVIATURAS

CIAF: Centro Integral de Atención Femenino.

CIEDD: Centro de Ingreso, Estudio, Diagnóstico y Derivación

CNA: Código de la Niñez y Adolescencia

DIGESA: Dirección General de la Salud

HC: Historia Clínica

HPV: Human Papiloma Virus

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PPL: Personas Privadas de Libertad

PNSAyJ: Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud

SIPI: Sistema de Información para la Infancia.

SIRPA: Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente

SND: Secretaría Nacional de Drogas

TBC: Tuberculosis

UI: Unidad de Internación

2. INTRODUCCION

El protocolo se entiende como el documento que traduce el acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación. Es un documento dinámico que necesita ser revisado periódicamente, y que debe incorporar el mejor conocimiento sistematizado y disponible en la materia.

En este caso, se trata de sistematizar las acciones de salud a aplicar a personas adolescentes privadas de libertad a su ingreso al sistema de medidas cautelares privativas de libertad. Se busca asegurar la atención integral de salud de los adolescentes, jerarquizando los aspectos preventivos y promocionales en salud.

Sus propósitos principales son brindar a los usuarios de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a tomar decisiones en momentos de incertidumbre, contribuyan a normalizar la práctica disminuyendo la variabilidad de las intervenciones, y sean fuente de información facilitando el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

2.1. Marco conceptual y normativo

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ubica entre los 10 y 19 años. La población adolescente privada de libertad presenta la restricción de un único derecho humano: la libertad; esto no debe afectar el cumplimiento y garantía de los demás derechos.

Para asegurar una gestión humanizada de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacionales respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de las PPL y que el tratamiento dispensado a ellos esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social.

Entre los documentos internacionales y regionales, cabe destacar las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las PPL; el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión; las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing); las Reglas para la Protección de los Menores Privados de Libertad y el Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, entre otros.

El marco normativo vigente en Uruguay reconoce expresamente el derecho a la salud integral, de calidad y al acceso a la misma como un derecho humano más (Ley 17.823 - Código de la Niñez y Adolescencia (CNA); Ley 18.335, Derechos y obligaciones de los usuarios; Ley 18.426, Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva).

Los estándares internacionales en materia de derechos humanos establecen que la atención sanitaria de las PPL debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las buenas prácticas sanitarias en las unidades de privación de libertad, y se fundamenta en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de las PPL.

El CNA introdujo características específicas en relación al proceso penal para enjuiciar y procesar a los adolescentes que cometen delitos. En los casos en que el juez decida el ingreso a centros de internación con medidas socio – educativas de privación de libertad, dispone que el equipo técnico del establecimiento de internación incluya la evaluación médica y psicosocial.

Las medidas socioeducativas privativas de libertad sólo se aplican en caso de que se haya dictado una sentencia (Art. 77 del CNA); pueden durar hasta 5 años. Incluyen internación en establecimientos específicos para adolescentes así como internación con posibilidades de gozar de semi libertad que permita visitar a su familia o realizar actividades externas para su propio beneficio (Art. 99). El Art. 93 establece además que *“En los casos de adolescentes infractores, que padecen dependencias alcohólicas o tóxicomanas, se efectivizará la asistencia a programas de orientación y tratamiento adecuados”*.

El CNA establece el denominado Sistema de Medidas Curativas (Art. 106): *“A los adolescentes incapaces que hubieren cometido infracciones a la ley penal, se les aplicarán, con las garantías del debido proceso fijado para los infractores, las medidas de carácter curativo, que se cumplirán en establecimientos adecuados y separados de los adultos mayores de dieciocho años. Corresponde a los Directores de dichos establecimientos y a los técnicos que designe el Juez, determinar su tratamiento”*.

Con relación al sistema de medidas privativas de libertad en adolescentes, también el país se encuentra en proceso de transición, en tanto la institucionalidad específica transicional creada – SIRPA -, según Ley N° 18.771, en 2011 como servicio desconcentrado dependiente de INAU, pasa a ser el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), servicio descentralizado dependiente del MIDES a fines del 2015 (Ley N° 19.367). Entre las competencias del INISA se señala que *“Todos los cometidos y facultades del Instituto deberán ser cumplidos teniendo*

en consideración el interés superior del adolescente y en estricta observancia de la normativa nacional e internacional en la materia, lo que se expresa en el reconocimiento, respeto y garantía de sus derechos”.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) y su Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (PNSAyJ) han establecido las bases que sustentan la atención integral a la salud del adolescente, marco que respalda la ejecución de actividades de promoción, prevención, asistencia a la morbilidad y rehabilitación dirigidas a este grupo poblacional en los sectores público privado, prestadores integrales y no integrales, que brinden atención a los adolescentes en todo el territorio nacional, respetando la diversidad.

Se ha elaborado el Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes (2007), las Guías de Atención Integral a la salud de adolescentes (2009), las Buenas Prácticas de Atención a la Salud Adolescente y el Protocolo de Espacios Adolescentes (2014). Conjuntamente con estas normas se cuenta con instrumentos de registro de uso nacional: la historia clínica del adolescente, en formato papel y electrónico, el carné de salud del adolescente, plantillas de índice de masa corporal y de desarrollo puberal.

Las intervenciones contempladas en estas recomendaciones, deben aplicarse a los adolescentes que se encuentran privados de libertad, asegurando los recursos y las capacidades operativas para su cumplimiento.

3. JUSTIFICACION

Uruguay presenta una tasa de prisionización próxima a 300 personas privadas de libertad cada 100.000 habitantes. Ya en 2008 era de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubicaba en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008) (Villagra, 2008). El Salvador y Panamá. Latinoamérica, de acuerdo al *International Centre for Prison Studies*, cuenta con una tasa media de prisionización de 224 presos por cada 100.000 habitantes (Morales, 2013). Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde las cifras se ubican entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes.

La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay ascendía en diciembre del 2014 a unas 10.100 personas. La mayor proporción, correspondiente a adultos, está bajo la responsabilidad del INR, y la totalidad de los adolescentes en la órbita del INISA. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Población de PPL según institución responsable de la atención de salud en las Unidades de Internación

Institución responsable de la atención sanitaria	Población
INISA	531
INR con cobertura asistencial de ASSE	5410
INR y cobertura asistencial de DNSP	4218
Total	10159

Nota: datos a diciembre 2014

La población privada de libertad, muy joven promedialmente y proveniente de los sectores sociales más desprotegidos, exige enormes desafíos para abordar en forma creativa, específica y con sustento científico, las estrategias para una mejor atención a la salud integral. Los centros de privación de libertad pueden ser espacios que podrían amplificar la transmisión de las enfermedades para las PPL que contraen enfermedades cuando entran a sistema y luego son liberados.

El diseño de protocolos de atención de salud que tiendan a homogeneizar las intervenciones en las distintas instituciones, contribuye fuertemente a la mejora de la calidad de la atención, y también permite la evaluación de estructura, procesos y resultados. Sobre todo si incluye en las estrategias de intervención, la promoción de salud y prevención de enfermedades recurrentes en estos ámbitos, con orientación específica a personas privadas de libertad, para una llegada más eficaz en los mensajes de salud entre pares.

En particular, vale señalar la contribución a la función rehabilitadora que puede y debe tener el cuidado de la salud, desde el diagnóstico integral al ingreso del sistema penitenciario, siguiendo con la continuidad de los controles en salud y la asistencia a los quebrantos de salud. Explicitar ante un adolescente privado de libertad una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema de privación de libertad, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a la necesaria autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo.

En el marco de aplicación del protocolo el equipo de salud velará no solo por una atención de salud de calidad, con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, sino también por las condiciones de vida de los adolescentes en tanto entornos ambientales, condiciones higiénico dietéticas y de recreación, entre otros. El equipo de salud opera así como garante en el ejercicio de derechos a la salud y a condiciones de vida dignas, incluido el compromiso de hacer saber oportunamente las desviaciones, y la identificación y denuncia temprana de eventuales malos tratos, a las autoridades competentes.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Sistematizar los procedimientos de diagnóstico e inicio de la atención integral de salud en los adolescentes con medidas cautelares a su ingreso en los centros de privación de libertad, con énfasis en los aspectos preventivos y promocionales en salud.

4.2. Objetivos Específicos

- Proteger los derechos de salud de los adolescentes ingresados al sistema de medidas cautelares, su autocuidado, controles periódicos de salud y consultas oportunas.
- Asegurar el diagnóstico precoz de salud en los adolescentes privados de libertad, a su ingreso a establecimientos de medidas cautelares de INISA.
- Identificar de la presencia de factores de riesgo, modificables y no modificables, intentando evitar el desarrollo de la enfermedad.
- Realizar de los controles clínicos y paraclínicos necesarios para garantizar una atención de salud adecuada.
- Iniciar el tratamiento a los adolescentes portadores de enfermedades y asegurar la continuidad del mismo, así como de posibles intervenciones preventivas.

5. DEFINICION

INGRESO A MEDIDAS CAUTELARES CON PRIVACIÓN DE LIBERTAD

El **Ingreso** a un Centro de Medidas Cautelares con privación de libertad se define como el momento de entrada de adolescentes de ambos sexos a alguno de los Centros de Ingreso al INISA, ante una situación de conflicto con la Justicia, luego de cumplida la audiencia preliminar, incluyendo la permanencia allí por breve período (no más de 30 – 60 días). En dicho plazo se cumplirá la audiencia final que definirá la sentencia, y si corresponde la continuidad de medidas privativas de libertad.

Los Centros de Medidas Cautelares de INISA son: el Centro de Ingreso, Estudio, Diagnóstico y Derivación (CIEDD), para varones mayores de 15 años; el Centro

DESAFIO, para adolescentes varones menores de 15 años; y el Centro Integral de Atención Femenino (CIAF), para adolescentes mujeres.

En las 48 y 72 hs. de su ingreso a cualquiera de estos Centros, el/la adolescente será recibido y evaluado por el equipo de salud de los centros de ingreso, en base a los procedimientos establecidos en este protocolo. En tanto las medidas cautelares se extienden por lapsos variables (30 a 60 días, excepcionalmente 90 días), los plazos de finalización del diagnóstico pueden ser algo más flexibles, y brindarse acciones de seguimiento en función de los hallazgos registrados.

El egreso de medidas cautelares puede implicar la condición de libertad, o la aplicación de medidas socio-educativas de privación de libertad o no privativas de libertad. Las medidas socio-educativas privativas de libertad significan, en caso de varones mayores de 15 años, la derivación desde el CIEDD a un centro específico, y la permanencia en centros como Desafío y CIAF para varones menores de 15 años y mujeres, respectivamente.

6. ALCANCE

6.1. Ámbito de aplicación

Este protocolo será aplicado en los Centros de Internación Provisoria por Medidas Cautelares de INISA.

6.2. Población destinataria

Adolescentes y jóvenes de ambos sexos que ingresan con medidas cautelares con privación de libertad, a alguno de los Centros de Ingreso de INISA, al momento de su ingreso y durante el tiempo que se extienda dicha medida cautelar.

6.3. Oportunidad de realización

El diagnóstico y atención al ingreso se realizará en un plazo de 48 a 72 hs de la entrada del/la adolescente al Centro de Medidas Cautelares, de preferencia en las primeras 24 hs.

En tanto continúen internados en medidas cautelares, con plazos máximos de 60 a 90 días, se aplicarán medidas de seguimiento en atención integral de salud, incluyendo las coordinaciones para la continuidad de la atención con el prestador del adolescente o con otras instituciones.

7. ASPECTOS METODOLÓGICOS

7.1. Enfoque de derechos y de género

La prestación de salud en el ámbito penitenciario exige una formación profesional específica en la perspectiva de derechos, en el equipo de salud y en los operadores penitenciarios, para contribuir al proceso de rehabilitación.

La explicitación sistemática de derechos, y su contraparte de obligación / compromiso con el autocuidado, debe ser promovida en la población adolescente con medidas cautelares como parte del proceso rehabilitador.

En relación al enfoque de género, se señala la importancia de su aplicación sistemática tanto en la población femenina como masculina, contribuyendo al reconocimiento de su orientación sexual, sus derechos sexuales y reproductivos, y en particular la pesquisa y prevención de situaciones de violencia sexual. Esto exige:

- Capacitación y orientación permanente con formación en servicio hacia los equipos de salud de los Centros de Medidas Cautelares para incorporar en forma sistemática el enfoque de derechos de salud, derechos de género, y promoción del autocuidado con estas perspectivas.
- Orientación permanente a los operadores para que contribuyan al pleno ejercicio del derecho a la salud, facilitando el acceso oportuno, así como la promoción del autocuidado y mutuo cuidado, con perspectiva de género.

Es importante tener presente un conjunto de derechos relevante en el trabajo con esta población:

- Derecho a la información respecto a exámenes, procedimientos o pruebas complementarias que se apliquen, y al consentimiento informado verbal o escrito cuando amerite.
- Aplicación de las normas y protocolos nacionales que existen en la evaluación del crecimiento y desarrollo integral, y manejo de patologías, a la vez de considerar sus necesidades especiales.
- Atención integral con confidencialidad, sin perjuicio de la presencia de otro integrante del equipo de salud en caso de realización de maniobras o exámenes de común acuerdo con el adolescente.
- Tiempo dedicado a las consultas con adolescentes regido según estándares establecidos.¹

1. Programa Nacional de Salud Adolescente (2007), Guías de Atención Integral a la salud Adolescente (2009)

7.2. Integralidad del diagnóstico

El modelo de salud promovido por el MSP, desde su Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud, implica que el diagnóstico de salud debe contemplar los parámetros físicos, psíquicos, socio-familiares, ambientales y comunitarios. En el contexto del INISA de deber propender a la constitución y continuidad de equipos multidisciplinares que aseguren un abordaje integral, articulando todos los recursos disponibles. ²

7.3. Cobertura y capacidad operativa de los equipos de salud

La capacidad operativa del Servicio de Medidas Curativas en los Centros de Ingreso, debe tener asegurada la continuidad de sus requerimientos diagnósticos de modo integral.

El diagnóstico integral requiere una adecuada articulación entre equipos de salud de INISA y los servicios de ASSE y de los prestadores privados, según la cobertura del adolescente. Es necesario formalizar esa articulación, para remover barreras de acceso.

7.4. Diagnóstico precoz

La evaluación diagnóstica integral, con participación del equipo multidisciplinario, está prevista en las 48 – 72 hs del ingreso del adolescente al Centro, pudiéndose completar en breve lapso si exige paraclínica específica

7.5. Registro sistemático de las acciones diagnósticas

El diagnóstico y las acciones de tratamiento deben ser registrados para facilitar la continuidad de la atención, en caso de derivación a otra unidad de internación privativa de libertad. Asimismo permitirá la elaboración de un resumen para entregar al prestador correspondiente en caso de salida en libertad.

Se promoverá que dicho registro de salud se integre al sistema de información de ASSE, para facilitar la continuidad de atención en el seguimiento posterior en condición de libertad, para quienes son usuarios del prestador público.

2. El diseño institucional actual determina que el Programa de Medidas Curativas, según la ley de creación del INISA, no contempla la integración de técnicos psicosociales, que forman parte de otro programa del INISA.

Es responsabilidad del Servicio de Medidas Curativas el debido resguardo de la confidencialidad de estos registros.

Por disposición judicial es obligatorio generar un resumen del diagnóstico al ingreso, por lo que el equipo de salud lo generará en 3 vías: original a la Sede Judicial, copias en el legajo y en historia clínica)

8. PROCEDIMIENTOS

En las primeras 48 hs del ingreso de un adolescente por medidas cautelares con privación de libertad, se realizará una valoración del estado de salud biosicosocial mediante anamnesis y examen físico completo, haciendo hincapié en la identificación de factores protectores de salud y detección de riesgos biopsicosociales.

En tanto garantes del respeto de derechos, los técnicos intervinientes deberán estar atentos a la escucha del relato del adolescente de toda situación irregular desde el momento de su detención (trato adecuado, provisión de alimento y medidas de higiene).

Condiciones adecuadas

Como marco de la actuación de los equipos de salud, es importante asegurar adecuadas condiciones de atención, que se deberá realizar en el consultorio o enfermería, con las siguientes características:

- o clima cordial y de respeto
- o el adolescente debe estar sin medios de contención (esposas o grilletes)
- o resguardo de la intimidad y confidencialidad
- o sin presencia de los educadores en el consultorio
- o se podrá solicitar la presencia de otro integrante del equipo de salud u otro funcionario, en caso de realizar una maniobra o examen, de común acuerdo con el/la joven

8.1. Presentación y consentimiento.

8.1.1. El personal actuante deberá presentarse al adolescente, con explicitación en forma clara de la importancia de la atención y cuidado de la salud y de sus derechos.

8.1.2. Información de las acciones de diagnóstico integral que se realizarán (entrevista, examen médico, examen odontológico, otros especialistas, estudios de laboratorio), recogiendo su consentimiento verbal para las mismas.

8.2. Evaluación integral

La evaluación será integral, orientada por los ítems de la historia clínica del adolescente (SIA), indagando todos los elementos contenidos en la misma, sin perjuicio de que se vaya completando en entrevistas sucesivas.

En base al diagnóstico de fortalezas y debilidades encontradas, el equipo de salud ofrecerá la consejería pertinente.

8.2.1. Entrevista médica

En la primera entrevista médica se completarán los datos más relevantes que permitan tener una aproximación al planteo de diagnóstico y seguimiento de cada joven.

Para valorar crecimiento y desarrollo se usarán los instrumentos de registro y evaluación antropométrica y de desarrollo puberal que se adjuntan.

8.2.2. Evaluación psico – social

Una vez cumplida la valoración médica, el adolescente será evaluado por el profesional psiquiatra y el psicólogo. La entrevista se realizará dentro de las primeras 48 – 72 hs. del ingreso al Centro, salvo en aquellos casos en que el estado emocional amerite una consulta urgente. En estos casos podrá ser convocado el psiquiatra del equipo de salud, o el servicio de emergencia correspondiente).

Se realizará en todos los casos la exploración de consumos de sustancias, en base a la modalidad que mejor manejen los profesionales a cargo de la consulta

Se cumplirá también la entrevista de trabajo social a cargo de licenciadas de trabajo social, incluyendo condiciones familiares, ambientales y comunitarias.

8.2.3. Evaluación odontológica

Se cumplirá a cargo de odontólogos dependientes del Programa

- evaluación del estado de salud bucal
- definición de un plan de seguimiento y rehabilitación bucal de ser necesario.

8.2.4. Evaluación nutricional

A cargo de licenciadas de nutrición que evaluarán:

- el estado nutricional del adolescente,
- sus hábitos alimentarios,
- las medidas antropométricas,
- recomendaciones al sector cocina y alimentación del Centro,
- plan de seguimiento y de integración a actividades de educación en salud.

8.2.5. Indicación terapéutica

En caso de que surja indicación de medicación en el examen diagnóstico de ingreso, la misma se debe dejar por escrito en la hoja correspondiente, con fecha, dosis, frecuencia y duración del tratamiento. Asimismo se emitirán las recetas correspondientes.

8.3. Paraclínica

Se solicitará en la primera entrevista la paraclínica básica, así como otros exámenes que el profesional considere necesarios (en formulario y/o receta institucional), según el siguiente detalle.

- Hemograma completo
- Glicemia
- HIV
- VDRL
- Hepatitis B
- Funcional hepático
- Perfil tiroideo
- Baciloscopia (toma de muestras y traslado a la CHLA)
- Orina
- Beta HCG (en CIAF)
- PAP en el curso del seguimiento (en CIAF)

Se establecerá el cronograma de extracciones coordinando con el personal de enfermería (auxiliar o licenciado) y el traslado de las muestras.³

En el caso de otros exámenes a realizar fuera de la institución (ej. ecografías, radiología), se solicitará en formulario correspondiente.

8.4. Vacunación

Al ingreso se deberá indagar el estado del certificado esquema de vacunaciones, poniéndose en contacto con el servicio social del Centro, para que el mismo solicite a los familiares el aporte de dicha documentación. En caso de que no la hubiera o de que la misma no se encontrara vigente, se solicitará al servicio de vacunación de INAU la puesta al día de las inmunizaciones (incluyendo la vacunación HPV en adolescentes), teniendo en cuenta lo explicitado en 8.1 con relación a información y consentimiento.

8.5. Consultas con especialistas en sector público o privado.

Previsiones de conducción.

Los adolescentes en medidas cautelares con factores de riesgo o patologías detectados, serán referidos a la consulta con el especialista que corresponda en el prestador correspondiente, de acuerdo al criterio del médico actuante, previéndose la necesaria conducción.

En particular, en el Centro Femenino (CIAF), en caso de embarazo se realizarán las derivaciones e interconsultas necesarias para asegurar un oportuno y adecuado control del mismo. Asimismo se deberá asegurar el adecuado control de hijos lactantes que ingresen con sus madres.

8.6. Acciones de seguimiento

En tanto la condición de medidas cautelares con privación de libertad supone un periodo variable (hasta 90 días), las acciones de evaluación inicial descritas a cumplirse en los primeros 2 o 3 días, podrán tener aspectos de continuidad, definiéndose actividades de seguimiento según la situación del adolescente.

3. Actualmente la responsabilidad de la paraclínica de laboratorio es del INAU, en tanto la imagenología y laboratorio más complejo es competencia de ASSE para los beneficiarios del prestador público de salud.

El seguimiento podrá definirse en función de las siguientes necesidades:

- o estabilización de alguna condición patológica,
- o continuidad del apoyo de trabajo social y coordinación con la familia y el entorno comunitario,
- o intervención del equipo de atención a consumos problemáticos en caso que haya sido detectado.

Consulta por equipo de atención a consumos problemáticos

En caso de pesquisar el consumo de sustancias, en particular el consumo problemático, se pedirá el abordaje por parte de un equipo técnico especializado, que incluye:

- o entrevista inicial
- o investigación de perfil toxicológico
- o contexto social y familiar
- o plan de intervención con realización de talleres colectivos y/o individualizados
- o realización de un informe a ser presentado ante la sede judicial.

9. PERSONAL INTERVINIENTE.

El equipo de salud que trabaja con privados de libertad debe recibir capacitación en aspectos relacionados a Adolescencia, Salud y la condición de privación de libertad. Se recomienda efectuar sesiones de educación continua (discusión de casos, conferencias), lo que mejorará la calidad de la atención.

Es responsabilidad de la autoridad del INISA tomar las medidas administrativas para asegurar estas orientaciones.

Integrantes del equipo de atención al ingreso de adolescentes:

- Médico generalista o médico de familia, con formación en adolescentes.
- Médico psiquiatra
- Odontólogo
- Psicólogo
- Trabajadora Social

- Nutricionista
- Auxiliar de enfermería
- Licenciada de enfermería
- Vacunadora

10. EQUIPAMIENTO

- Balanza
- Tallímetro
- Centímetro
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Bajalenguas
- Material para extracción de sangre
- Insumos y material de uso en enfermería
- Equipo y material odontológico
- Estetoscopio Pinard (CIAF)
- Espéculos e insumos para PAP (CIAF)

11. REGISTROS

11.1. Historia Clínica

El médico realizará la apertura de la historia clínica o ingresará una actualización en el caso de que ya disponga de la misma (reingresos). Todas las intervenciones descritas deben ser registradas en HC.

Cada adolescente dispone de una HC individual, en la que deben constar sus datos personales, registro de entrevistas de todos los profesionales intervinientes.

Se considerará la pertinencia de solicitar el resumen de la historia clínica anterior en el prestador de salud correspondiente.

La HC debe mantenerse en lugar resguardado y con acceso sólo al personal de salud, para asegurar la confidencialidad de sus datos.

La HC en su calidad de documento médico legal, debe acompañar al adolescente en sus movimientos dentro del INISA, anexa al legajo.

Será archivada - una vez que el adolescente egrese- en un archivo único institucional, a cargo de un técnico en registros médicos.

Si la justicia define la puesta en libertad o medidas alternativas, la historia clínica de ingreso será resumida y entregada al adolescente y /o a su familia, con derivación al efector de salud territorial.

En caso de que el adolescente reingrese a la institución, la misma será desarchivada y trasladada, en sobre cerrado, al Centro en que se encuentre

11.2. Informe a la sede judicial

Una vez finalizada la evaluación médica se realizará un informe a la justicia con la información relevante a destacar (informe en 3 vías: copia a sede judicial, al legajo y a la historia clínica)

11.3. Carné del adolescente

Al tiempo de abrir la HC se abre también el carné del adolescente, que se entrega al joven invitando a llevarlo consigo en cada instancia de atención.

11.4. Partes diarios de atención / de traslado

Toda instancia de intervención con los integrantes del equipo de salud debe ser registrada en partes diarios – en formato papel o en registro electrónico – lo que permitirá evaluar las prestaciones brindadas.

De igual manera debe quedar registrada en parte de traslado la intervenciones con técnicos externos al centro de medidas cautelares.

12. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL ADOLESCENTE (INISA)

CENTROS DE INGRESO
C.I.A.F. (Centro de Ingreso Adolescentes Femenino)
C.I.T. II (Centro de Ingreso Transitorio)
CENTROS DE MONTEVIDEO
C.I.E.D. (Centro de Ingreso, Estudio y Derivación)
COLIBRI
C.M.C. -Centro Máxima Seguridad (Ex CEPRII)
Ce.D.D. BURGUES (Centro de Diagnóstico y Derivación)
PASO A PASO
DESAFIO
RIFLEROS
CENTRO DETENCIÓN FEMENINO
REGIMEN DE SEMI-LIBERTAD
CIMARRONES
CENTROS EN ESCUELA DR. ROBERTO BERRO
M.D.1 (EX.-S.E.R.BERRO)
LAS PIEDRAS
SARANDI
ITUZAINGO
ARIEL
CERRITO
GRANJA
EL HORNERO
Actualizado a abril 2016

13. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

N° Versión <i>Número de versión cambiada</i>	Fecha <i>Fecha de la versión anterior</i>	Cambios <i>Incluir descripción de los cambios</i>

BIBLIOGRAFÍA

1. Coyle, Andrew. La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Londres. Reino Unido. 2009. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/seminario/docs/La-administracion-penitenciaria-en-el-contexto-de-los-derechos-humanos.pdf>.
2. Derechos humanos y prisioneros vulnerables. Programa internacional de capacitación. Reforma Penal Internacional – Manual de Capacitación No. 1
3. Dammer L, Zuñiga L. La Cárcel: Problemas y desafíos para las Américas. FLACSO Chile 2008.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes. Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (PNSAyJ). MSP. 2007
5. Ministerio de Salud Pública. Guías de Atención Integral a la salud de adolescentes. Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud. MSP. 2009
6. Ministerio de Salud Pública. Guía para implementar las Buenas Prácticas en la Atención del Adolescente en las instituciones de salud. Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud. MSP. 2014
7. Morales AM, Muñoz N. La seguridad ciudadana en América Latina. Observatorio Social. Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social Número 39. Septiembre de 2013. Buenos Aires. República Argentina. En: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/11/la-seguridad-ciudadana-en-america-latina_am.pdf

8. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena. Medidas privativas y no privativas de la libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Naciones Unidas. UNODC. Nueva York, 2010
9. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok). Naciones Unidas. UNODC. 2011. En: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf
10. Organización de las Naciones Unidas Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. Resoluciones 663C del 31.7.1957 y 2076 del 13.5.1977. Ginebra.
11. Organización de las Naciones Unidas. Reglas de Beijing para la Administración de la Justicia de Menores. ONU. 1985. En: <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenciones/convreglbeijing-985.htm>
12. Reglas Penitenciarias Europeas. Documento de trabajo del Consejo de Europa. Ambit Social Criminologic. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia.
13. Villagra Pincheira C. Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel Debates Penitenciarios Nº 7. Área de Estudios Penitenciarios. Julio 2008. Centro de Estudios de Seguridad ciudadana. Universidad de Chile. En: http://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_07.pdf

ANEXOS

Anexo 1. GLOSARIO

Autonomía progresiva: Los adolescentes privados de libertad gozarán del Derecho a ser respetados en la evolución de sus facultades.

Es fundamental considerar el significado de la “Autonomía Progresiva” (art. N°8 CNA), como proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos.

Son características de este proceso:

- Adquisición paulatina.
- Capacidad de formarse un juicio propio: habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule.
- Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles: manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.

La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión.

Consentimiento informado. En general, el consentimiento informado es un proceso con dos pasos: uno referido a la *información al sujeto de intervención*, en el que con un lenguaje accesible, se le explican los objetivos y el alcance de la intervención; otro paso corresponde al *consentimiento propiamente dicho*, en donde se obtiene el consentimiento para la intervención, dejando registro que se le han explicado los objetivos, riesgos y beneficios de la intervención, todos los detalles pertinentes de la misma, y que accede. De acuerdo a la norma vigente (Art. 25. Decreto 274/2010), la firma del paciente o usuario de salud se requiere sólo en caso de procedimientos invasivos.

El consentimiento informado de niños y adolescentes es un derecho, por lo que el paso de información debe ser siempre realizado, y la obtención del consentimiento como voluntad de acceder a la intervención exige empatía y en ocasiones acciones de convencimiento, en particular ante situaciones que pueden generar temores o resistencias (vacunación, control odontológico, extracciones de sangre). Los motivos para conductas de oposición a la intervención pueden ser variados – temor, depresión, estrategias opositoras. El equipo de salud evaluará los apoyos necesarios para avanzar en la propuesta (apoyo psicológico, otros).

En caso de negativa sostenida luego de varios intentos, y de tratarse de intervenciones vinculadas a la salud colectiva de internados en centros de privación de libertad, (vacunación, baciloscopía, tratamiento de TBC) se dará aviso al Juez para determinar la conducta a seguir, así como en situaciones de riesgo para la vida del adolescente (depresión severa, Intento de autoeliminación, cardiopatías, etc.). Será conveniente que estas situaciones sean catalogadas ante la sede judicial por 2 técnicos del equipo de salud.

En caso de procedimientos invasivos, la institución de salud donde se realizará debe proveer el documento específico para recoger el consentimiento y la firma del adolescente. De estar presente la madre o familiar, también se solicitará su firma.

Medidas cautelares: se extrae la definición expresada en el CNA.

“CAPÍTULO X. II - Régimen procesal. 5) Medidas cautelares.

El Juez, a pedido del Ministerio Público, y oída la defensa, dispondrá las medidas cautelares necesarias que menos perjudiquen al adolescente.

Son medidas cautelares:

1. La prohibición de salir del país.
2. La prohibición de acercarse a la víctima o a otras personas, de concurrir a determinados lugares o de tomar contacto con personas determinadas.
3. La obligación de concurrir periódicamente al Tribunal o ante la autoridad que el Juez determine.
4. El arresto domiciliario.
5. La internación provisoria.

El arresto domiciliario y la internación provisoria no podrán durar más de sesenta días. Transcurrido ese plazo sin que se hubiera dictado sentencia de primera instancia, se deberá dejar en libertad al adolescente”

Medidas socioeducativas no privativas de libertad: se extrae la definición expresada en el CNA.

“Artículo 80. (Medidas sustitutivas).- Podrán aplicarse, entre otras, las siguientes medidas no privativas de libertad:

A) Advertencia, formulada por el Juez en presencia del defensor y de los padres o responsables, sobre los perjuicios causados y las consecuencias de no enmendar su conducta.

B) Amonestación, formulada por el Juez en presencia del defensor, de los padres o responsables, intimándolo a no reiterar la infracción.

- C) Orientación y apoyo mediante la incorporación a un programa socioeducativo a cargo del Instituto Nacional del Menor o de instituciones públicas o privadas, por un período máximo de un año.
- D) Observancia de reglas de conducta, como prohibición de asistir a determinados lugares o espectáculos, por un período que no exceda de seis meses.
- E) Prestación de servicios a la comunidad, hasta por un máximo de dos meses.
- F) Obligación de reparar el daño o satisfacción de la víctima.
- G) Prohibición de conducir vehículos motorizados, hasta por dos años.
- H) Libertad asistida.
- I) Libertad vigilada.”

De acuerdo a la Ley 18771 de creación del INISA, será el Programa de Medidas Socioeducativas no Privativas de Libertad y Mediación quien tendrá a su cargo la ejecución de las medidas socioeducativas previstas en los artículos 80 a 84 inclusive del CNA.

Medidas socioeducativas privativas de libertad

Artículo 86. (Aplicación).- Las medidas privativas de libertad sólo se aplicarán a los adolescentes declarados por sentencia ejecutoriada, responsables de infracción, que a juicio del Juez justifique las mismas.

...

Artículo 88. (Medidas privativas de libertad).- Las medidas privativas de libertad son:

- A) Internación en establecimientos, separados completamente de los establecimientos carcelarios destinados a adultos.
- B) Internación en iguales establecimientos con posibilidades de gozar de semi libertad.

Artículo 89. (Privación de libertad).- El régimen de privación de libertad consiste en recluir al adolescente en un establecimiento que asegure su permanencia en el recinto, sin menoscabo de los derechos consagrados en este Código, las normas constitucionales, legales e instrumentos internacionales.

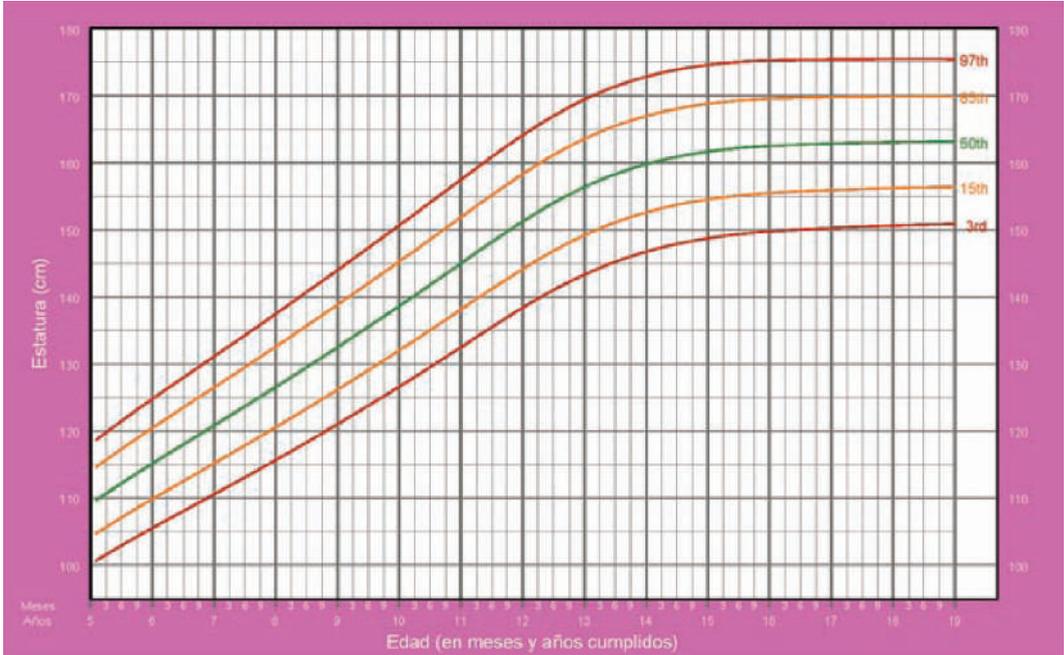
Artículo 90. (Régimen de semi libertad).- El régimen de semi libertad consiste en disponer que el adolescente, cuya privación de libertad ha sido dispuesta en establecimientos, goce de permiso para visitar a su familia o para la realización de actividades externas, de ocho horas de duración, en su beneficio personal, controladas por la autoridad donde se encuentra internado.

Este régimen se extiende, a voluntad del adolescente, mientras se aplica la medida de privación de libertad, salvo la suspensión temporaria o definitiva por inobservancia de las reglas de comportamiento.

Anexo 2.

Gráficas de Estatura e Índice de Masa Corporal para Control

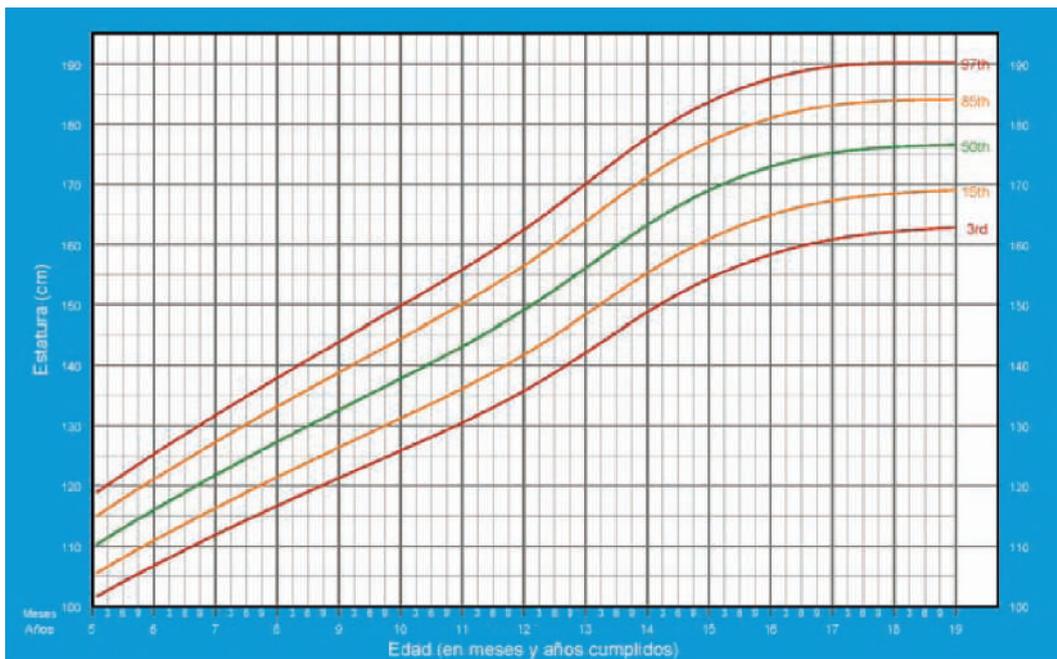
Estatura para niñas y adolescentes de 5 a 19 años



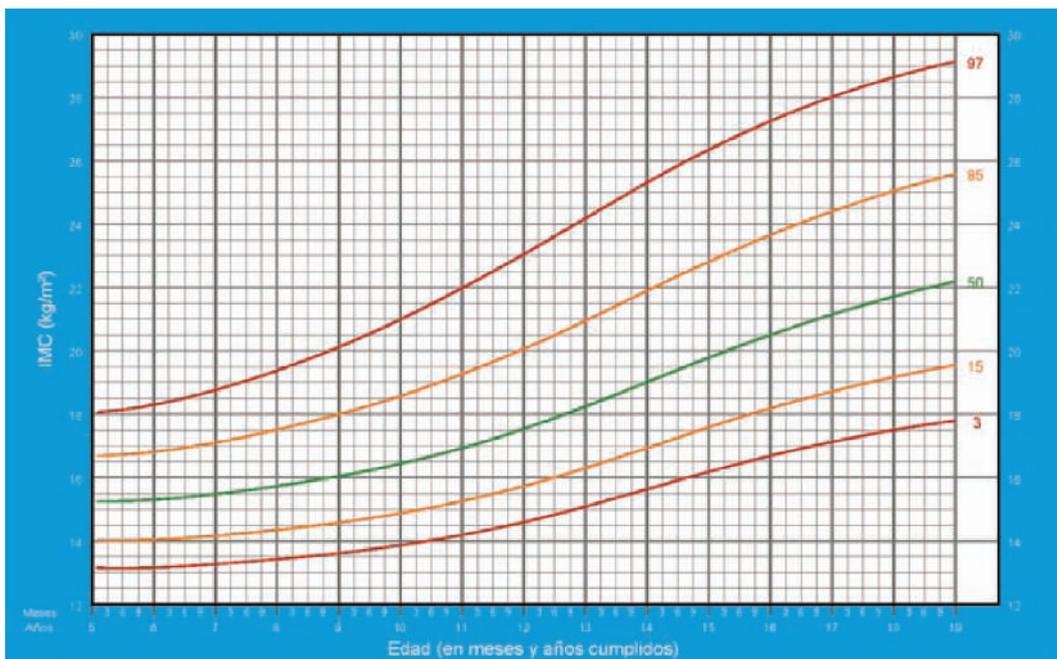
IMC para niñas y adolescentes de 5 a 19 años



Estatura para varones de 5 a 19 años



IMC para varones de 5 a 19 años



Anexo 3. Grados de Desarrollo Puberal de Tunner

Grados de Tanner del desarrollo mamario (Figura 1).

La clasificación del desarrollo mamario, no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

- **Grado I:** o prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.
- **Grado II:** se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.
- **Grado III:** se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.
- **Grado IV:** existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).
- **Grado V:** la mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

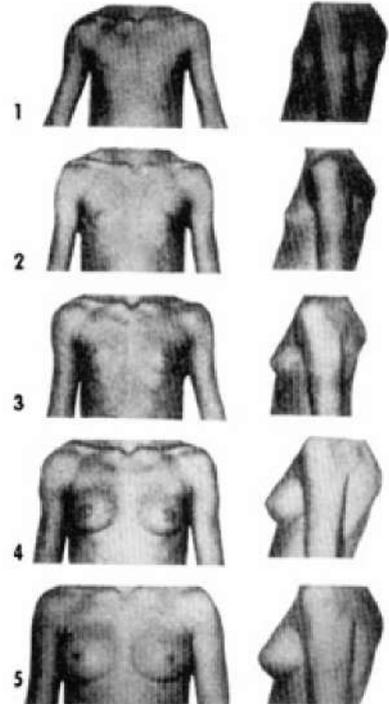


Figura 1

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico (para ambos sexos).

Figuras 2 y 3.

- Grado I, o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.
- Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores.
- Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.

- Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.
- Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.

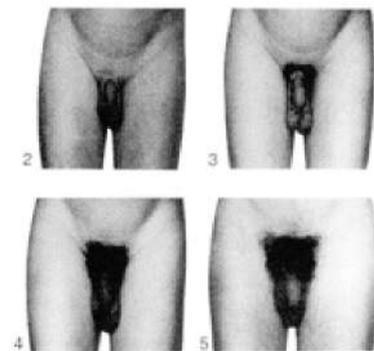


Figura 2

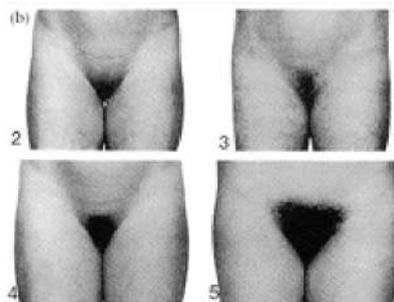


Figura 3

Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón. Figura 4.

- **Grado I:** los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.
- **Grado II:** el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.
- **Grado III:** se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.
- **Grado IV:** hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.
- **Grado V:** los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

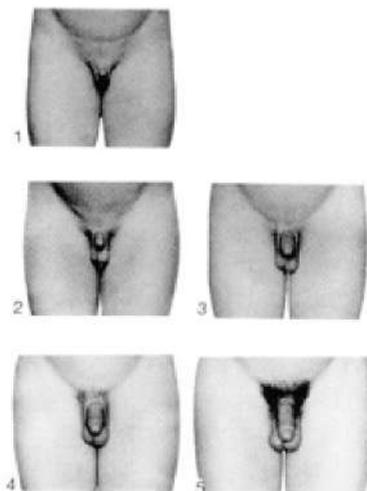
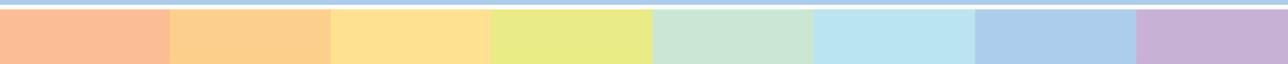


Figura 4



"La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica."

**Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento
de los Reclusos (Reglas Mandela). Regla 24.1.
Naciones Unidas. Mayo 2015**