



DERECHO A LA 

SALUD

EN ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN DEL MNP
¿GARANTÍA O VULNERACIÓN?





DERECHO A LA    

SALUD

EN ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN DEL MNP
¿GARANTÍA O VULNERACIÓN?



Ficha Técnica

© Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura (MNP) 2017

Esta publicación se encuentra bajo el régimen legal de la información abierta pública de la Constitución de la República del Paraguay de 1992 y la Ley Nº 5282/2014 De libre acceso ciudadano a la información pública y transparencia gubernamental.

Comisión Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Stella Maris Cacace, Roque Orrego, Soledad Villagra, Carlos Portillo Esquivel, Diana Vargas, Dante Leguizamón

Asesoría a la investigación:

Dante Leguizamón
Soledad Villagra

Dirección de investigación del MNP

José Galeano Monti, director de Investigación.
Oscar Balbuena Jara, jefe del Departamento de Investigación y Estadística Social.

Dirección de Comunicación del MNP

Natalia Ruiz Díaz Medina, directora de Comunicación.

Coordinación General

José Galeano Monti y Oscar Balbuena Jara, Dirección de Investigación del MNP.
Funcionario de Logística del MNP: Víctor Rocholl.

Investigadores

María Gloria Montórfano y Milciades Corrales.

Colaboradores y colaboradoras en la aplicación de instrumentos de relevamiento de datos en la prueba piloto

Coordinación: Milciades Corrales y Oscar Balbuena.
Profesionales Voluntarias/os: Alicia Arzamendia, Fátima Machuca, Gabriela Palacios, Javier Mendoza, Dra. Marleen Vollebregt, Patricia Molina.
Estudiantes del Instituto de Trabajo Social – UNA: Cristhian González, Diego Lesme, Nancy Benítez, Noelia Rodríguez, Sheyla Acosta, Vanessa Galeano.
Estudiante de Sociología – UCA: Coralie Arbo.
Estudiante de Administración de Empresas – Universidad del Pacífico: María Fernanda Patiño

Colaboradores y colaboradoras en la aplicación de instrumentos de relevamiento de datos en el trabajo de campo

Coordinación: Milciades Corrales y Oscar Balbuena.
Asesoría Técnica: Soledad Villagra / Dante Leguizamón.

Ciudad de San Pedro del Ykuamandiyú

Estudiantes de Derecho – UNA: Librado Miguel Mendoza Aranda, Jorge Amada Valenzuela Mareco, Ruth Noemí Ocampos Hopf, María Celeste Ozuna Rodi, Gilda T. Infrán G., Lourdes Medina Jara, Vilma Agüero Villar, Rosana Grau, Adriana Mendoza Ferreira, Sabino Augusto Torres, Mirian Liliana Alfonso Díaz, Gloria Leticia Riera, Diana Jacqueline Domínguez López, Esttefani Romina Vera Godoy, María Teresa Barreto, César Antonio Cáceres González.
Estudiante De Derecho – UTIC: Luz Marlene Barrios Meza.

Ciudad del Este

Docentes y Estudiantes – Universidad Privada del Este: Dra. Ignacia Cáceres de Kao, Prof. Zulma Ortellado González, Mizael González, Mirian Nasari Brizuela, Evelyn Alfonso, Emilia Miranda, Sandra Álvarez, Ada Domínguez, Valeria Miranda, Gabriela Duarte, Samuel Meza, Maura Suárez, Mirian Nasari Brizuela, Tania Candado.

Asunción y Gran Asunción

Profesionales Voluntarias: Alicia Arzamendia, Lic. Dolly Vázquez, Fátima Machuca, Lic. Nidia Ruiz.

Estudiantes de Psicología Forense – Una: Alicia Pérez, Cinthia Ayala.

Estudiantes de Psicología Educativa – Uca: Agustina Ratti, Virginia Abente.

Estudiante de Sociología – UCA: Coralie Arbo.

Estudiantes de Psicología – Universidad Iberoamericana: Guiselle Velazco, Iván Ortega, José Rojas.

Estudiantes del Instituto de Trabajo Social – UNA: Celia Miranda, Cristhian González, Diana Espínoza, Diego Lesme, Gilda Chaparro, Nancy Benítez, Noelia Rodríguez, Sonia Rodas, Sheyla Acosta, Olga González, Vanessa Galeano.

Colaboradores y colaboradoras en la carga de datos y generación de base de datos

Coordinación: Milciades Corrales.

Estudiantes del Instituto de Trabajo Social – UNA: Nancy Benítez y Diego Lesme.

Fotografía

Natalia Ruiz Díaz

Corrección

Marcelo Ameri

Impresión

Artes Gráficas Visual

Apoyo logística del MNP

Víctor Rocholl, jefe de Departamento de Servicios Generales.

Proyecto 14-INV-462 “Estado de salud general de personas institucionalizadas, calidad de vida, vulneración de derechos fundamentales de las personas en instituciones de encierro, por el motivo que fuere, de instituciones del estado paraguay que se encuentran dentro de los ámbitos de intervención del MNP”. Este proyecto es financiado por el CONACYT a través del Programa PROCENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación-FEEI del FONACIDE.

Las opiniones y los conceptos expresados en este documento no reflejan necesariamente el punto de vista y/o postura del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

¿Cómo citar este material?

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (2017) *Estado de salud general de personas institucionalizadas, calidad de vida, vulneración de derechos fundamentales de las personas en instituciones de encierro. MNP. Asunción, Paraguay.*

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ACO	Anticonceptivos orales combinados
APS	Atención Primaria de la Salud
ARV	Anti retro viral (medicación)
CAT	Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CDPD	Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEI	Centro Educativo Itauguá
CIDH	Comisión Interamericana de los Derechos Humanos
CNA	Código de la Niñez y la Adolescencia
DIPROE	Dirección de Protección Especial
DIU	Dispositivo intrauterino
ESFE	equipo de Salud de la Familia
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
IPS	Instituto de Previsión Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans*, Intersexuales
MAC	Método Anticonceptivo
MJ	Ministerio de Justicia
MNP	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PNDH	Plan Nacional de Derechos Humanos
PRONASIDA	Programa Nacional de Control de ITS, VIH y Sida
PVV	Persona Viviendo con VIH
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SEME	Servicio de Emergencias Médicas Extra Hospitalaria
SENAAI	Servicio Nacional de Atención a Adolescentes infractores
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNNA	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
UNODCO	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
UCA	Universidad Católica de Asunción
UNIBE	Universidad Iberoamericana
USF	Unidad de Salud de la Familia
UNA	Universidad Nacional de Asunción
UTI	Universidad Tecnológica Intercontinental
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana.

ÍNDICE

Introducción	13
Marco Problemático	16
Objetivos de la Investigación	21
Objetivo General	21
Objetivos Específicos de la investigación:	21
Alcances – Posibles Implicancias	21
Marco Legal y Normativo	22
Marco Legal Internacional	22
Marco Jurídico Nacional	30
Recomendaciones al Estado Paraguayo sobre las personas institucionalizadas	35
Marco Teórico	39
Marco Referencial	45
Marco Conceptual	61
Marco Metodológico	68
Resultados Obtenidos	72
A. Personas Institucionalizadas, Usuaris/os de Servicios de Salud	74
Características Sociodemográficas	76
Agua, Higiene y Saneamiento	85
Alimentos proveídos en las instituciones	88
Acceso a Servicios de Salud	93
Pago en la Sanidad	97
Servicios acordes a necesidades de salud	97
Otros servicios en la Sanidad	98
Consultas en Psicología / Salud Mental	99
Razón de consulta en Psicología	99
Motivos de consulta y respuesta institucional	100
Poblaciones con requerimientos particulares	107
Adultos y adultas mayores	107
Personas con discapacidad física	108
Personas con discapacidad psicosocial	110
Usuarios y usuarias de drogas	112
Población LGBTI	115
Medicina Tradicional / Pueblos indígenas	116
Personas viviendo con VIH	117
Personas con TB	118
Mujeres Embarazadas	119
Madres con hijos lactantes	120
Mujeres viviendo con hijos no lactantes	121
Seguridad e Higiene	121
Información en los Servicios de Salud	125
Privacidad y Confidencialidad en los Servicios de Salud	127
Atención Humanizada en los Servicios de Salud	130
Salud Sexual y Reproductiva	139
Condiciones de Vida, Trabajo y Ambiente	148
Percepción del Estado de Salud	153
B. Proveedores/as de servicios de salud	184
Conclusiones y Recomendaciones	186
Bibliografía	202

Listado de tablas

Tabla 1. Esferas y facetas para evaluar la calidad de vida.	42
Tabla 2. Esquema del instrumento. Personas institucionalizadas, usuarias de servicios de salud.	71
Tabla 3. Esquema del instrumento. Personal de salud, prestadores de servicios en la institución.	71
Tabla 4. Prueba Piloto. Lugares y cantidades.	72
Tabla 5. Ámbitos de intervención visitados en el Trabajo de Campo.	74
Tabla 6. Ámbitos de intervención del MNP (codificación)	75
Tabla 7. Características de la población. Usuarias/os de servicios de salud.	75
Tabla 8. Rangos de edad. Personas institucionalizadas.	77
Tabla 9. Idiomas hablados. Personas institucionalizadas.	77
Tabla 10. Estado Civil por ámbitos. Personas institucionalizadas.	78
Tabla 11. Sexo biológico. Personas institucionalizadas.	79
Tabla 12. Identidad de Género y Orientación Sexual. Personas institucionalizadas.	81
Tabla 13. Rangos de estadía. Personas institucionalizadas.	82
Tabla 14. Lugar de nacimiento	83
Tabla 15. ¿Dónde vivías antes de ingresar a este lugar?	83
Tabla 16. Zona de procedencia. Personas institucionalizadas.	84
Tabla 17. Escolaridad. Personas institucionalizadas.	84
Tabla 18. Provisión de agua potable. Personas institucionalizadas.	86
Tabla 19. Provisión de agua para baño o aseo. Personas institucionalizadas.	87
Tabla 20. Motivos de falta de agua. Personas institucionalizadas.	88
Tabla 21. Calidad de Alimentos. Personas institucionalizadas.	89
Tabla 22. Consumo de cereales, tubérculos y derivados. Personas institucionalizadas.	89
Tabla 23. Consumo de frutas. Personas institucionalizadas.	90
Tabla 24. Consumo de verduras. Personas institucionalizadas.	90
Tabla 25. Consumo de leche y derivados. Personas institucionalizadas.	91
Tabla 26. Consumo de cereales, tubérculos y derivados. Personas institucionalizadas.	91
Tabla 27. Consumo de azúcares y mieles. Personas institucionalizadas.	92
Tabla 28. Consumo de aceites y grasas. Personas institucionalizadas.	92
Tabla 29. Lugar donde comen. Personas institucionalizadas.	93
Tabla 30. Disponibilidad de los Servicios de Salud. Personas institucionalizadas.	94
Tabla 31. Horarios de atención convenientes. Personas institucionalizadas.	95
Tabla 32. Personal calificado de madrugada y fines de semana. Personas institucionalizadas.	95
Tabla 33. Pago para llegar a la Sanidad. Personas institucionalizadas.	97
Tabla 34. Pago en la Sanidad. Personas institucionalizadas.	97
Tabla 35. Servicios acordes a necesidades. Personas institucionalizadas.	98
Tabla 36. Otros servicios en la Sanidad. Personas institucionalizadas.	98
Tabla 37. Consultas en Psicología/Salud Mental. Personas institucionalizadas.	99
Tabla 38. Razón de consulta en Psicología. Personas institucionalizadas.	100
Tabla 39. Otras dolencias / Motivos de consulta. Personas institucionalizadas.	106
Tabla 40. Atención por Geriatría. Adultos/as Mayores. Personas institucionalizadas.	107
Tabla 41. Dieta especial. Adultos/as Mayores. Personas institucionalizadas.	108
Tabla 42. Atención adecuada. Personas con discapacidad psicosocial. Personas institucionalizadas.	111

Tabla 43. Medicación necesaria. Personas con discapacidad psicosocial.	111
Tabla 44. Drogas consumidas actualmente. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.	113
Tabla 45. Tratamiento y Rehabilitación. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.	114
Tabla 46. Medicación necesaria. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.	114
Tabla 47. Población LGBTI. Personas institucionalizadas.	115
Tabla 48. Tratamiento hormonal Trans*. Personas institucionalizadas.	116
Tabla 49. Medicina Tradicional / Pueblos indígenas. Personas institucionalizadas.	116
Tabla 50. Agresores/as identificados	132
Tabla 51. Discriminación por parte del personal de salud	132
Tabla 52. Realización de una denuncia de discriminación	133
Tabla 53. Tiempo de espera para consultar en la sanidad.	134
Tabla 54. Recepción clara de la información.	135
Tabla 55. Realización de PAP en los últimos meses. Mujeres institucionalizadas.	139
Tabla 56. Mamografía. Mujeres institucionalizadas.	140
Tabla 57. Métodos anticonceptivos. Planificación Familiar. Personas institucionalizadas.	141
Tabla 58. Dónde se obtiene el método anticonceptivo. Personas institucionalizadas.	143
Tabla 59. Conocimiento sobre ITS. Personas institucionalizadas.	145
Tabla 60. Conocimiento sobre síntomas de las ITS. Personas institucionalizadas	146
Tabla 61. Prevención de la transmisión de las ITS. Personas institucionalizadas	147
Tabla 62. Habitación. Condiciones de Vida. Personas institucionalizadas.	149
Tabla 63. Patio. Condiciones de Vida. Personas institucionalizadas.	149
Tabla 64. Baños. Condiciones de Vida. Personas institucionalizadas.	150
Tabla 65. Calificación de su salud. Percepción del estado de salud. Personas institucionalizadas.	154
Tabla 66. Frecuencia de malestares, dolor o enfermedad. Personas institucionalizadas.	156
Tabla 67. Profesional solicitado. Percepción del estado de salud. Personas institucionalizadas.	160
Tabla 68. Lugares visitados. Proveedores de Salud.	161
Tabla 69. Procedimientos estandarizados en el servicio.	163
Tabla 70. Concepto de Salud Integral. Proveedores de Salud.	164
Tabla 71. Capacitación continua o en servicio. Proveedores de Salud.	165
Tabla 72. Motivos de consulta más frecuentes. Proveedores de Salud.	167
Tabla 73. Sistema de registro de la atención. Proveedores de Salud.	168
Tabla 74. Cantidad y Formación del personal sanitario. Proveedores de Salud.	171
Tabla 75. Acciones de Promoción y Prevención. Proveedores de Salud.	173
Tabla 76. Equipamientos disponibles. Proveedores de Salud.	174
Tabla 77. Equipamientos necesarios. Proveedores de Salud.	175
Tabla 78. Calificación de los servicios de la institución. Proveedores de Salud.	176
Tabla 79. Mecanismo de seguimiento. Proveedores de Salud.	177
Tabla 80. Procedimientos de Urgencias. Proveedores de Salud.	179
Tabla 81. Medicamentos más utilizados. Proveedores de Salud	180
Tabla 82. Insumos disponibles. Proveedores de Salud.	182
Tabla 83. Sugerencias para mejorar el sistema de salud	185

Listado de Figuras

Figura 1. Características y tipos de atención sanitaria.	40
Figura 2. Modelo de Determinantes de la salud..	43
Figura 3. Esquema de Determinantes de las Desigualdades en Salud..	43
Figura 4. Cálculo del tamaño muestral. Muestra representativa mínima..	70
Figura 5. Estado Civil global. Personas institucionalizadas..	78
Figura 6. Proporción por sexo, por ámbito de intervención..	80
Figura 7. Población Indígena. Personas institucionalizadas..	85
Figura 8. ¿Te resulta fácil llegar a la Sanidad?.	96
Figura 9. Dolor de cabeza. Personas institucionalizadas.	101
Figura 10. Malestar estomacal. Personas institucionalizadas..	101
Figura 11. Dolor de dientes. Personas institucionalizadas.	102
Figura 12. Dolores Musculares. Personas institucionalizadas.	103
Figura 13. Dolor de huesos. Personas institucionalizadas..	103
Figura 14. Fiebre. Personas institucionalizadas.	104
Figura 15. Gripe. Personas institucionalizadas..	104
Figura 16. Afecciones de la piel. Personas institucionalizadas..	105
Figura 17. Hipertensión Arterial. Personas institucionalizadas..	106
Figura 18. Adultos y adultas mayores por sexo..	107
Figura 19. Fisioterapia en caso necesario.	108
Figura 20. Existencia de barandas.	109
Figura 21. Existencia de rampas.	109
Figura 22. Existencia de baños adaptados..	110
Figura 23. Personas con discapacidad psicosocial por sexo.	110
Figura 24. Consumo. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.	111
Figura 25. Trato a personas LGBTI en Salud. Personas institucionalizadas..	112
Figura 26. Dosaje de Carga Viral.	115
Figura 27. Tratamiento en caso necesario. Mujeres embarazadas. Personas institucionalizadas..	118
Figura 28. Uso de agujas y jeringas descartables.	120
Figura 29. Lavado de manos del personal. Seguridad e Higiene. Personas institucionalizadas.	122
Figura 30. Uso de guantes por parte del personal de la Sanidad.	122
Figura 31. ¿Qué partes de la Sanidad estaban sucias?	123
Figura 32. Lavado de manos antes de comer. Personas Institucionalizadas.	123
Figura 33. Información adecuada sobre enfermedades..	124
Figura 34. Formas de prevención. Personas Institucionalizadas	126
Figura 35. Lenguaje sencillo y comprensible.	126
Figura 36. Espacio privado para atención. Personas institucionalizadas..	127
Figura 37. Respeto a la confidencialidad, Fuente:	128
Figura 38. Interrupciones durante la consulta. Personas institucionalizadas.	129
Figura 39. Maltrato, agresión, trato cruel, inhumano o degradante. Personas institucionalizadas.	129
Figura 40. Instancias donde se presentaron las denuncias.	131
Figura 41. Explicación sencilla y comprensible sobre su situación.	133
Figura 42. Nombre e indicación de medicamentos suministrados.	135
Figura 43. Análisis de laboratorio en los últimos 6 meses,	136
Figura 44. Acceso a resultados de exámenes de laboratorio	137

Figura 45. Conformidad con la atención en salud. Personas institucionalizadas.	137
Figura 46. Entrega de resultados de PAP. Mujeres institucionalizadas..	138
Figura 47. Examen de próstata. Hombres institucionalizados.	139
Figura 48. Decisión del método anticonceptivo. Planificación Familiar.	141
Figura 49. Condomes gratuitos en la sanidad. Personas institucionalizadas..	142
Figura 50. Instrucción de uso de condones en sanidad. Personas institucionalizadas.	143
Figura 51. Conocimiento de los síntomas de las ITS. Personas Institucionalizadas.	144
Figura 52. Actividad dentro de la institución. Personas institucionalizadas.	146
Figura 53. Exposición a situaciones de insalubridad. Personas institucionalizadas.	152
Figura 54. Comparación del estado de salud. Personas institucionalizadas.	153
Figura 55. Sensación de tristeza. Personas institucionalizadas.	155
Figura 56. Sensación de nerviosismo. Personas institucionalizadas.	158
Figura 57. Necesidad de Especialista. Personas institucionalizadas.	159
Figura 58. Atención médica al personal de salud. Proveedores de salud.	160
Figura 59. Consentimiento para procedimientos. Proveedores de Salud.	166
Figura 60. Horario conveniente. Proveedores de Salud.	170
Figura 61. Ambulancia para Usuarios. Proveedores de salud.	172
Figura 62. Reuniones sobre Calidad de Atención. Proveedores de Salud.	174
Figura 63. Conocimiento sobre Derechos Humanos. Proveedores de Salud.	178
Figura 64. Cambios propuestos en el paradigma de salud en contexto de encierro.	186

INTRODUCCIÓN

Mediante la presente investigación se pretende adquirir conocimientos válidos, sólidos y confiables de las problemáticas en el área de salud en instituciones de encierro mediante la utilización del método científico de las ciencias sociales.

El presente documento contempla información acerca de la vigencia del derecho a la salud en las personas institucionalizadas y su relación con el estado de salud general de las mismas (niñez, adolescencia, adultos/as varones, mujeres y adultos/as mayores), con resultados y recomendaciones a partir del trabajo de campo y los análisis realizados.

El Estado como garante, está obligado a promover los derechos de las personas en situación de encierro, como el derecho a la vida, a la integridad física, a la dignidad, al acceso a la salud y a otros que hacen de soporte de estos derechos.

El Estado es responsable de la salud de las personas privadas de su libertad que se encuentran bajo su custodia, razón por la cual debe brindar igual protección a la que se da al resto de la población, teniendo en consideración la imposibilidad física y económica de acceder a este derecho, es decir, los principios de equidad y universalidad. Las personas en situación de encierro tienen derecho a una misma calidad de salud que el resto de la población.

El Estado debe tener como eje esencial en sus políticas públicas la promoción y aseguramiento de los Derechos Humanos garantizando la dignidad de las personas privadas de su libertad en el acceso a la salud. El hecho que las personas se encuentren privadas de libertad no debe implicar la supresión de los derechos y garantías que hacen a su dignidad, entre ellos, el derecho a la salud, el que se encuentra garantizado en la Constitución Nacional, los Pactos y Convenciones de Derechos Humanos.

La investigación pretende ser el primer paso para el reconocimiento de las condiciones de vida y salud particulares que enfrentan las personas institucionalizadas en los ámbitos de intervención del MNP y aspira generar elementos de discusión de políticas públicas y aportes al debate académico, que a la larga influyen de manera propositiva en la calidad de vida de las personas en situación de encierro para el pleno ejercicio de sus Derechos Humanos.

El Estado tiene el deber de asegurar el acceso a atención sanitaria integral y de calidad en las instituciones en donde las personas se encuentran privadas de libertad, reconociendo la Salud como un Derecho Humano Fundamental, independientemente a la situación de encierro de las personas.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales refiere (ACNUDH, 1976):

Artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Si bien, a través de los distintos Informes de intervención, monitoreo y seguimiento generados por el MNP, en sus diferentes ámbitos de competencia, se ha podido recabar información consistente sobre la situación actual de la Salud de las personas institucionalizadas, éstas se remiten a la observación de las condiciones externas y/o al seguimiento de casos puntuales de denuncias presentadas y no a hallazgos propios de una investigación científica que cuente con elementos de medición, comparación y análisis de las variables con respecto a la Salud en condiciones de encierro.

La presente investigación buscó llevar a cabo una revisión profunda de la situación general de la salud en estos establecimientos del Estado, en todos los ciclos y niveles de prestación de servicios de salud y presentar un diagnóstico con base en datos ajustados a una metodología científica, con el fin de aportar elementos para mejorar la actual situación sanitaria de dichas instituciones y proponer acciones que logren el cumplimiento del Derecho a la salud de las personas institucionalizadas.

El aporte del método científico a las Políticas Públicas es fundamental para que las mismas tengan sentido, se adapten a las necesidades generales y específicas de la población, e impacten de forma eficaz en la calidad de vida de la población en privación de libertad, indistintamente a la naturaleza del encierro (de cuidado, punitivo, terapéutico, etc.). Siendo dichas poblaciones probablemente las más vulnerables, estigmatizadas, y excluidas de la sociedad, es necesario que los hallazgos acerca de la vulneración de sus derechos sean tenidos en cuenta al momento de tomar decisiones políticas relevantes.

De hecho, el ciclo político basado en datos científicos se despliega en cuatro momentos: 1) la definición del problema y la construcción de la agenda pública; 2) el análisis y la toma de decisiones políticas; 3) la implementación de políticas

públicas; y 4) la evaluación. Establecen analíticamente diferentes ámbitos y operaciones que echan mano en mayor o menor medida a resultados basados en evidencias. (Orlansky, 2004)

La presente investigación pretende aportar elementos de la realidad nacional para mejorar la calidad de vida en general y la salud de las personas en situación de encierro en particular, para la vigencia de sus Derechos Humanos y a la vez aportar sustentos válidos, sólidos y confiables a los tomadores de decisiones, de manera a utilizar la evidencia científica para la incidencia política en busca de mejorar las condiciones técnicas y presupuestarias para el desarrollo de Políticas Públicas adaptadas y de calidad, en el ámbito de la Salud.

Marco problemático

El presente estudio se basa en el supuesto que las personas en situación de encierro o custodia del Estado cuentan con una salud más deteriorada en comparación a la población general, así como mayor exclusión social, la cual se asocia igualmente a estados de salud más deteriorados.

En noviembre de 2011, durante su 47º período de sesiones, el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas (CAT) realizó recomendaciones al Estado paraguayo; y en particular que:

- a) *Adopte un plan de mejoras de la infraestructura de comisarías y cárceles del país a fin de garantizar **condiciones de vida dignas** a las personas privadas de libertad;*
- b) *Se garantice un número suficiente de profesionales médicos, incluidos profesionales de la salud mental, a fin de asegurar una **atención médica de calidad** a las personas privadas de libertad;*
- c) *Proporcione un alojamiento y **tratamiento psiquiátrico** adecuado a las personas privadas de libertad que requieran supervisión y tratamiento psiquiátrico;*
- d) *Redoble esfuerzos para **combatir la discriminación** contra grupos vulnerables, en particular la comunidad LGBT;*
- e) *Utilice el **aislamiento como medida de último recurso**, por el menor tiempo posible, bajo una supervisión estricta y con la posibilidad de control judicial*

En seguimiento a éstas recomendaciones y en virtud de sus funciones, el MNP realiza en forma periódica el monitoreo de las condiciones de las instituciones de sus ámbitos de competencia, siendo la situación de salud de las personas institucionalizadas una de esas condiciones, sobre la cual se presentan denuncias de vulneración en forma reiterada.

Son ámbitos de intervención del MNP los lugares donde existan o se presuma que existan personas, connacionales o no, afectadas en su libertad, sean éstos públicos o privados (Ley 4288, 2011). Cuando se habla de situación de encierro o cultura de encierro se refiere a todos los espacios, no solo las cárceles. Cada uno de dichos espacios tiene problemáticas similares en algunos casos y particulares en otros.

En los sucesivos informes de gestión y visitas de monitoreo y seguimiento del MNP, en todos los ámbitos de intervención, especialmente en penitenciarías, se han constatado diferentes grados de vulneración de derechos humanos y específicamente del Derecho a la Salud, encontrando déficits estructurales y funcionales en todo el sistema de privación de libertad. (MNP, 2015).

A diferencia de dichos reportes, de carácter descriptivo, observacional (cualitativo), el objetivo de la presente investigación es realizar además un acercamiento cuantitativo a la situación del acceso al Derecho a la Salud, y la utilización de los servicios sanitarios por parte de las personas privadas de libertad en los ámbitos de intervención del MNP, seleccionados.

El Derecho a la Salud es un derecho humano, y debería estar garantizado para toda la población, en el sentido de acceso a servicios sanitarios que apunten a alcanzar una calidad de vida digna, este principio debería aplicarse a toda la población, incluyendo a quienes se encuentran en situación de encierro. Lo cual no ocurre, como se ha observado en el marco de las visitas del MNP, en distintas instituciones. Algunos de los hallazgos que definen la problemática son:

- Las personas que se encuentran institucionalizadas en establecimientos de encierro no acceden a servicios sanitarios básicos como atención de calidad, higiene de los espacios físicos, conocimiento sobre sus diagnósticos, tratamiento adecuado, provisión continua de medicamentos, acceso a programas de promoción de la salud y prevención, ni terapias de rehabilitación en los casos que corresponda.
- En la mayoría de los casos no existe un procedimiento escrito y estandarizado de admisión, con una evaluación integral de la situación de salud al ingreso de las personas a las instituciones.
- Desde el punto de vista de la persona privada de libertad, un factor coincidente en casi todas las visitas de monitoreo es la percepción (estado de salud subjetivo) que su salud se ve afectada |por la condición de encierro.

Sanidad Penitenciaria es un término tomado del campo jurídico que se refiere a toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas (JM Arroyo, 2003). Se refiere al conjunto de acciones del orden sanitario y no sanitario que promueven la prevención y atención de toda contingencia real o potencial que pueda afectar la salud de la población reclusa. Incluye ésta, las acciones de prevención y promoción de la salud, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de los desórdenes biopsicosociales que aquejan a esta población.

Desde este enfoque sistémico, en la actualidad los sistemas de sanidad en contextos de encierro afrontan diversas coyunturas, relacionadas la mayor parte de las veces con el aumento de la población reclusa, su carga de enfermedad, el desequilibrio entre oferta y demanda sanitaria y la carencia de políticas y recursos estatales que promuevan el desarrollo de infraestructura sanitaria adecuada, así como de personal de salud capacitados.

Epidemiológicamente, la relación entre enfermedades infecciosas y hacinamiento en áreas de grandes concentraciones de población produce un aumento de enfermedades respiratorias, hepatitis, meningitis y todas aquellas transmitidas por contacto, incluyendo las de transmisión sexual. (Trujillo-Salazar & Toro-Zapata, 2013)

La institución correccional constituye uno de los entornos más apropiados para estudiar el hacinamiento crónico (personas sometidas de manera involuntaria a situaciones de alta densidad social y espacial en largos periodos de tiempo). El hacinamiento y sus efectos se deben en gran parte a la incertidumbre, la interferencia

en la obtención de metas y la sobre estimulación cognitiva experimentada en entornos de alta densidad (Hombrados Mendieta, 1997).

En cuanto a la situación del hacinamiento a nivel nacional, según declaraciones de la ex ministra de Justicia, Carla Bacigalupo (2016): “existe una población penitenciaria de 13.071 personas, sin embargo la capacidad de estos centros es de tan solo 6.643, es decir hay una superpoblación de 6.428 reclusos”. (Paraguay.com, 2016). Cabe recordar que el cálculo sobre la cantidad de cupos manifestado por la ahora ex ministra no está basado en los estándares internacionales que rigen la materia (CIDH, 2006)

“Según el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (en adelante “el CPT”), una prisión sobrepoblada se caracteriza por un alojamiento antihigiénico y restringido, con falta de privacidad aun para realizar actividades básicas tales como el uso de las facilidades sanitarias; reducidas actividades fuera de la celda debido al número de internos que sobrepasan los servicios disponibles; servicios de salud sobrecargados; aumento de la tensión en el ambiente y por consiguiente más violencia entre los prisioneros y el personal penitenciario. Este listado es meramente enunciativo. Asimismo, el CPT estableció que 7 m2 por cada prisionero es un guía aproximada y deseable para una celda de detención”.

El aumento de la población carcelaria no va acompañado por un aumento progresivo de las capacidades penitenciarias, lo más crítico se da en la limitación de la infraestructura y del talento humano para atender esta población. También refieren que la degradación de los ambientes internos promueve inadecuadas condiciones higiénico-sanitarias, lo que favorece la trasmisión de enfermedades tales como el VIH-Sida y la tuberculosis, o padecimientos tales como enfermedades psiquiátricas y las drogodependencia se agraven o complejicen el panorama sanitario interno (Diuana Vilma, 2008).

En el Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (CIDH, 2011) se señaló entre los problemas más graves en la región, el uso excesivo de la prisión preventiva; y destacó que esta disfuncionalidad del sistema de justicia penal es a su vez la causa de otros problemas como el hacinamiento

Por su parte, en el Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas menciona (CIDH, 2013):

“Las personas en prisión preventiva sufren grandes tensiones personales como resultado de la pérdida de ingresos, y de la separación forzada de su familia y comunidad; además padecen el impacto psicológico y emocional del hecho mismo de estar privados de libertad sin haber sido condenados, y por lo general son expuestos al entorno de violencia, corrupción, insalubridad y condiciones inhumanas presentes las cárceles de la región. Incluso los índices de suicidios cometidos en prisiones son mayores entre los presos en prisión preventiva. De ahí la especial gravedad que reviste esta medida y la necesidad de rodear su aplicación de las máximas garantías jurídicas”.

El mismo informe cita en otro apartado que:

“El hacinamiento incrementa los niveles de violencia entre internos; impide que éstos dispongan de un mínimo de privacidad; dificulta el acceso a los servicios básicos, algunos tan esenciales como el agua; facilita la propagación de enfermedades; crea un ambiente en el que las condiciones de salubridad e higiene son deplorables; constituye en sí mismo un factor de riesgo de situaciones de emergencia; restringe el acceso de los internos a actividades productivas; propicia la corrupción; afecta el contacto familiar de los reclusos”.

En el caso de Paraguay, según el propio Ministerio de Justicia, a marzo de 2016 el total de personas privadas de libertad ascendía a 12.747, de las cuales el 78,9% se encontraban procesadas y el 21,06% condenadas.

La permanencia en instituciones cerradas como hospitales, refugios, albergues, entre otros, ha sido considerada históricamente como una condición de vulnerabilidad para sufrir enfermedades transmisibles (OPS, 2008.) Por estas premisas, es prioritario que en los establecimientos penitenciarios y otras instituciones de encierro se implemente un sistema de vigilancia muy sensible que se integre al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país, ya que en este momento todo el sistema de salud de las penitenciarías, centros educativos y hogares de abrigo se encuentra bajo la coordinación del Ministerio de Justicia y no del MSP y BS, ente rector nacional en Salud, como se puede ver en el **“Plan Nacional de Salud Integral y Reinserción Social en Establecimientos Penitenciarios y Centros Educativos - Periodo 2013-2018”** (Ministerio de Justicia, 2013).

El proveer de atención sanitaria adecuada a las personas en situación de encierro es una obligación que se deriva directamente del deber del Estado de garantizar la integridad personal y la dignidad de las personas que se encuentren bajo su custodia, de conformidad con la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948). Al respecto la CIDH advierte algunos de los principales desafíos en torno al tema, pero le preocupa especialmente que dentro de los centros penitenciarios no se observen protocolos de salud diferenciados para grupos de atención prioritaria, como adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con enfermedades catastróficas y terminales y personas viviendo con VIH-Sida y tuberculosis.

19

Entre los factores identificados que provocan la afectación de este derecho se observan los siguientes (Méndez & Miño, 2014):

- *La falta de personal de salud idóneo y suficiente;*
- *La falta de abastecimiento de medicamentos, de insumos y equipo médico capacitado para trabajos en contextos de encierro;*
- *Falta de procedimientos claros y eficaces para determinar qué internos requieren de atención médica especializada y urgente;*
- *Las deficiencias en la infraestructura de las clínicas u hospitales que funcionan en las cárceles;*
- *Carencia de planes sostenidos de medicina preventiva.*

En cuanto a la situación de las personas privadas de libertad ante la problemática del VIH, según la UNODC (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), los grupos de mayor riesgo ante el VIH son también grupos que presentan un mayor riesgo de criminalización y encarcelación ya que muchas de las condiciones sociales y económicas (como la pobreza, un nivel bajo de educación y la vida en comunidades con escasa atención médica y minoritarias) que incrementan la vulnerabilidad al VIH también incrementan la vulnerabilidad al encarcelamiento.

Además hay que tener en cuenta que, según el material “El VIH y el Sida en los lugares de detención. Grupo de herramientas para los encargados de formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles” (ONU, 2012)

“Muchas personas contraen VIH en la cárcel. Esto se debe a la prevalencia de conductas de riesgo (en particular, relaciones sexuales con y sin consentimiento y el uso de drogas inyectables). (...) Además el riesgo de transmisión puede aumentar por factores ambientales como el hacinamiento y la violencia”.

Los centros penitenciarios o cárceles se han caracterizado por su complejidad desde su surgimiento. La situación de encarcelamiento y las condiciones que son propias de la privación de la libertad provocan una serie de reacciones psicológicas en cadena, generadas por la tensión emocional permanente. La prisionización es un fenómeno que se ha desarrollado mundialmente, como consecuencia de la imposición de penas privativas de libertad relativamente largas. Según (Echeverri Vera, 2010)

“La cárcel, como institución, como ámbito cerrado en sí mismo, exige de las personas que la padecen un esfuerzo adaptativo constante al encierro que, sin duda, les crea como consecuencia una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas que se vislumbran desde el momento de la detención ya que al penado se le despoja hasta de los símbolos exteriores de su propia autonomía (vestimenta, objetos personales, entre otros)”.

Se entiende entonces el proceso de prisionización como el proceso de adaptación al cambio de condiciones y vida intramural. La cultura del encierro logra permear el modo de vida de la persona a lo largo del cumplimiento de su condena, quien aprehende muchas veces en forma traumática el nuevo sistema de valores. Esto implica cambios hasta en el ciclo biológico de la persona privada de libertad, que a la larga se traducirá en una desmejora en su estado de salud (Echeverri Vera, 2010)

Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Estudiar el estado de la vigencia del Derecho a la Salud en las personas institucionalizadas y su relación con el estado de salud general de las mismas (niñez, adolescencia, adultos/as varones, mujeres y adultos/as mayores).

Objetivos Específicos de la investigación:

1. Obtener información científica acerca del grado de vulneración del Derecho Humano a la Salud de las personas privadas de libertad en instituciones de encierro del Estado paraguayo.
2. Determinar con qué concepto de salud integral operan las autoridades y funcionarios/as de Salud de las instituciones de encierro del país.
3. Explorar la cantidad, la distribución, la formación y la capacitación del personal sanitario que se encuentra brindando servicios en las instituciones de encierro del país.
4. Precisar la relación entre cantidad ideal y la cantidad real del personal sanitario en las instituciones de encierro de la muestra institucional.
5. Especificar cuál es el estado de salud subjetivo de la población institucionalizada.
6. Determinar si existen diferencias entre el estado de salud de las personas institucionalizadas antes de su ingreso con respecto al estado de salud actual, luego de institucionalizarse.

Alcances – Posibles Implicancias

Si bien al plantearse el tema de la investigación se tenía una idea aproximada, pero no exhaustiva, de la realidad a estudiar sobre el estado de salud de las personas en situación de institucionalización y encierro, lo que se sabía no era muy alentador, por lo que ha sido un desafío importante contar con elementos científicos que realicen un acercamiento objetivo a la realidad inferida.

Es intención del MNP, que los conocimientos y datos obtenidos en la investigación se utilicen como herramientas para el diseño de nuevas estrategias destinadas a superar las limitaciones presupuestarias, de recursos humanos, de enfoque y de rectoría de la problemática de la salud en las instituciones de encierro.

Las Políticas Públicas basadas en evidencia son el nuevo paradigma de la Gestión estatal, ya que su sustento objetivo, medible y replicable puede utilizarse para realizar un monitoreo de impacto de las acciones y así justificar las decisiones que las autoridades tomen sobre temas que afectan la calidad de vida y la salud de las personas en situación de encierro.

Esta investigación pretende ser un aporte al conocimiento, la generación de evidencia científica y el diseño de Políticas Públicas que redunden en la vigencia de los Derechos Humanos en el país.

Marco legal y normativo

Marco Legal Internacional

La Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1948) proclamada el 10 de diciembre de 1948 compromete, taxativamente, a la salud en su artículo 25, al establecer que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (Ley N° 5/92 en Paraguay) contiene el artículo sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indica, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados parte, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.

La referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

22

La Observación N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expresa que “la Salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (ONU-CDESC, 2000). El derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) **Disponibilidad.** (...) Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas (...) Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i. **No discriminación** por ningún motivo.

ii. **Accesibilidad física:** Alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH-Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii. **Accesibilidad económica** (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

iv. **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (con confidencialidad).

c) **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) **Calidad.** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Los elementos antes mencionados deberían caracterizar también los servicios de salud brindados a las personas en situación de encierro.

El Derecho a la Salud ha sido definido por la OMS, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

Tal como se cita en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946):

“El Derecho a la Salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud [...] el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

“El Estado debe de garantizar el mayor nivel posible de salud a los habitantes del territorio, para ello, debe brindar asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y en casos de catástrofes o accidentes prestar servicios de socorro”. (Naciones Unidas, CDESC, 2000)

El Derecho a la Salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. El Derecho a la Salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos dañinos y no consensuados. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva: La disposición relativa a “la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”, se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas: “La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”, exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/Sida, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.

El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud: “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”, tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 12 - Temas especiales de alcance general. No discriminación e igualdad de trato: En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/Sida), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del Derecho a la Salud.

En el ámbito regional cabe destacar el “Protocolo de San Salvador” (Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Ley Nº 1040/97 en Paraguay), cuyo Artículo 10 sobre Derecho a la salud, dice que: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Menciona luego que los Estados deben comprometerse a considerar la Salud como bien público y para ello, adoptar medidas como atención primaria de salud, extensión de servicios de salud a todos los individuos del Estado, total inmunización contra enfermedades infecciosas, prevención y tratamiento de enfermedades endémicas,

y educación en prevención y tratamiento de problemas de salud, y satisfacción de necesidades a grupos de más alto riesgo y que por condiciones de pobreza sean más vulnerables.

La perspectiva de género

El CDESC recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud, es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

La mujer y el derecho a la salud

Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del Derecho a la Salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionarle acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

Los niños, niñas y adolescentes

En el apartado a), del párrafo 2, del artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y promover el sano desarrollo de niños, niñas y adolescentes. En los ulteriores instrumentos internacionales de Derechos Humanos, se reconoce que niños, niñas y adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades.

26 Los Estados parte deben proporcionar a los y las adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del Derecho a la Salud de los y las adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los y las jóvenes, que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada, y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el Derecho a la Salud niños, niñas y adolescentes será el interés superior de niños, niñas y adolescentes.

El Programa de Atención a Adolescentes Infractores (PAAI), del Poder Judicial, fue creado con el objetivo de establecer e institucionalizar progresivamente un Equipo

Asesor multidisciplinario del Juzgado Penal de la Adolescencia, que aporta sus conocimientos técnicos a requerimiento del juez, brindando informes psicológicos y sociales sobre el/la adolescente imputado/a.

Derechos de la Niñez e Institucionalización:

Paraguay ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, como Ley No. 57/90, en que se pueden distinguir los siguientes artículos relacionados:

Artículo 24: Los Estados parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Artículo 39: Los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Personas adultas mayores

En lo que se refiere al ejercicio del Derecho a la Salud de las personas mayores, el CDESC, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general Nº 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los/as enfermos/as crónicos/as y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

Personas con discapacidades

El CDESC reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su observación general Nº 5, en que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del Derecho a la Salud física y mental.

Asimismo, subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la Salud Pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

Pueblos indígenas

Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las

poblaciones indígenas, el CDESC estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el Derecho a la Salud de los pueblos indígenas, para que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12, del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural; es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios, de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.

Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos (Reglas Nelson Mandela) (UNODC, 2015)

Adoptadas en el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones de julio de 1957, y de mayo de 1977. En la Asamblea de la ONU, en 2011, se decidió su revisión y adaptación.

En la primera parte se desarrollan las reglas de aplicación general, que tienen relación directa con el Derecho a la Salud: locales destinados a los reclusos, higiene personal, ropas y cama, alimentación, ejercicios físicos, servicios médicos, disciplina y sanciones, información y derecho de queja de los reclusos, contacto con el mundo exterior; notificación de defunción, enfermedades y traslados, inspección, etc.

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)

En la primera parte se desarrollan las reglas de aplicación general, que tienen relación directa con el derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad: lugar de reclusión, servicios de atención sanitaria: a) Reconocimiento médico en el momento del ingreso, b) Atención de salud orientada expresamente a la mujer, c) Atención de salud mental, d) Prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH, e) Programas de tratamiento del consumo de drogas, f) Prevención del suicidio y las lesiones auto infligidas, g) Servicios de atención preventiva de salud; Seguridad y vigilancia: a) Registros personales, b) Disciplina y sanciones, c) Medios de coerción, d) Información a las reclusas y quejas recibidas de estas, inspecciones; Contacto con el mundo exterior, Reclusas menores de edad.

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing)

En la quinta parte, se desarrolla el tratamiento en establecimientos penitenciarios en cuanto a la salud de los menores (como se refiere a adolescentes) y la aplicación de las reglas mínimas para el tratamiento de reclusos aprobadas por las Naciones Unidas.

En cuanto al documento: **Derechos de las Personas Privadas de Libertad. Aprobada en la segunda sesión plenaria de la Organización de los Estados Americanos (OEA)**, celebrada el 4 de junio de 2014, en él se expresa:

Instar a los Estados Miembros a que, en el análisis y adecuación del marco regulatorio, normativo, institucional y de políticas públicas, consideren de manera prioritaria hacer adecuaciones y/o adoptar medidas encaminadas a:

- a. Garantizar a las personas privadas de libertad condiciones adecuadas de albergue, higiene, alimentación, vestido, atención médica y psicológica y de acceso e interacción con familiares en los centros de privación de la libertad;*
- b. Apoyar el objetivo de la readaptación social en la medida de lo posible permitiendo que el recluso cumpla su condena en el lugar más cercano a sus familiares;*
- c. Prevenir y reducir el hacinamiento en los centros de privación de la libertad;*
- d. Prevenir y atender adecuadamente situaciones de violencia en los centros de privación de la libertad;*
- e. Prevenir e investigar y, en caso de que sea comprobado, sancionar la práctica de casos de tortura y de otros tratos crueles inhumanos o degradantes, así como del uso desproporcionado de la fuerza por parte del personal de los centros de privación de la libertad;*
- f. Prestar especial atención a las personas privadas de libertad, pertenecientes a grupos en mayores condiciones de vulnerabilidad y/o históricamente sometidas a discriminación y a personas sentenciadas a muerte.*
- g. Garantizar a las personas privadas de libertad el acceso a la justicia, la cual debe ser pronta y efectiva;*
- h. Limitar la aplicación de la prisión preventiva a situaciones eminentemente excepcionales y sujeta a los principios de legalidad, presunción de inocencia, necesidad y proporcionalidad, y considerar la reglamentación y uso de medidas cautelares no privativas de la libertad; y*
- i. Capacitar al personal de centros de privación de la libertad en materia de derechos humanos y trato digno de la población carcelaria.*

Cabe mencionar otros instrumentos internacionales relevantes en materia de Salud y Derechos Humanos:

1. El Protocolo de Estambul (ONU, 2004), manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; y
2. La Declaración de Malta (AMM, 2006), que se trata de una Declaración de Principios de la Asociación Médica Mundial sobre el actuar en salud ante los casos de huelga de hambre.

3. La Declaración de San José. (COMJIB, 2010), recomendación de la Conferencia de Ministros de Justicia de los Países Iberoamericanos relativa al acceso a derechos de las personas penalmente privadas de libertad en Iberoamérica. Aprobada por los/as Ministros/as de Justicia en la XVII Conferencia Plenaria celebrada en Ciudad de México los días 21 y 22 de octubre de 2010.

Marco Jurídico Nacional

La Constitución de la República del Paraguay (1992) consagra el Derecho a la Salud como un derecho fundamental de las personas y en tal sentido en el Artículo 68 establece cuanto sigue:

“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

El Derecho a la Salud se encuentra estrechamente vinculado con los derechos a la vida y a la calidad de vida de las personas. Ello se ve traducido en los artículos 4 y 6 de la Carta Magna que estipulan:

Artículo 4. Derecho a la vida:

“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con fines científicos o médicos”.

Artículo 6. De la calidad de vida:

“La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad. El Estado también fomentará la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes”.

La Constitución paraguaya contempla en el artículo 69 la promoción de un Sistema Nacional de Salud, encargado de ejecutar acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

En similar sentido, establece en el artículo 70 la vigencia de un Régimen de Bienestar Social que hace referencia al establecimiento de programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria (Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, 2012).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el ente rector del Estado en materia de Salud, sin embargo en lo que respecta a la Salud o Sanidad Penitenciaria, la misma no recae en su ámbito directo sino del Ministerio de Justicia, tanto en lo normativo como lo operativo.

Actualmente está en vigencia (aunque en proceso de modificación) el Código Sanitario, Ley 836/80, en el que llamativamente no se menciona la salud penitenciaria. Algunos de sus enunciados son:

Ley Nº 836/80 Código Sanitario

Artículo 10.- El cuidado de la salud comprende:

- a) En relación a las personas las acciones integrales y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del estado de bienestar físico, mental y social;
- b) En relación al medio, el control de los factores condicionantes de la salud de las personas

Artículo 45.- La internación de una persona en establecimientos destinados al tratamiento de las enfermedades mentales sólo podrá cumplirse después que dos médicos, uno de ellos psiquiatra, certifique que la misma padece de enfermedad mental.

Artículo 286.- El Ministerio promoverá la responsabilidad familiar, fundamentalmente en el desarrollo y educación del menor. Estimulará la creación de hogares sustitutos para los menores desamparados y coordinará con las actividades de otras entidades, públicas o privadas, en la materia.

Artículo 287.- El Ministerio promoverá servicios de orientación y asistencia psico-social para mujeres desamparadas y adolescentes abandonadas.

Artículo 288.- El Ministerio programará y ejecutará acciones relativas a la salud y el bienestar de los ancianos a fin de proporcionarles un sistema de vida adecuado a sus necesidades.

Igualmente se encuentra vigente la **Ley Nº 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud**, en la que tampoco se hace alusión al sistema de salud penitenciario.

La Ley Nº 5.162/14 Código de Ejecución Penal para la República del Paraguay en vigencia desde abril del 2015 expresa en el capítulo llamado Asistencia Médica, entre otros temas, cuanto sigue:

Artículo 173.- El interno tiene derecho a la salud. Se le brindará asistencia médica integral y se le facilitará el acceso a las consultas y tratamientos prescritos por los facultativos. Los estudios, diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados le serán suministrados sin cargo.

Artículo 174.- Los servicios médicos penitenciarios serán organizados conforme a las normas de los servicios nacionales de su índole y vinculados a los servicios hospitalarios nacionales.

En Paraguay, la propuesta del **PNDH (Plan Nacional de Derechos Humanos)** (Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, 2011) en cuanto al Derecho a la Salud menciona que ésta debe ser protegida en interés de la persona humana y de la comunidad como un derecho fundamental, y que el mismo implica la obligación del Estado de sostener un Sistema Nacional de Salud, que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

En cuanto al **Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 1680/03)**, en el mismo se expresa: Artículo 13. Del Derecho a La Salud.

El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón.

Artículo 14. Del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva

El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral del niño y del adolescente, que tiene derecho a ser informado y educado de acuerdo con su desarrollo, a su cultura y valores familiares. Los servicios y programas para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad respetando el derecho y la obligación de los padres o tutores.

Artículo 15. De los Programas de Salud Pública

El Estado proveerá gratuitamente asistencia médica y odontológica, las medicinas, prótesis y otros elementos necesarios para el tratamiento, rehabilitación o rehabilitación del niño o adolescente de escasos recursos económicos.

Artículo 16º Del Derecho a la protección contra sustancias dañinas, tabaco y bebidas alcohólicas

El Estado implementará programas permanentes de prevención del uso ilícito del tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias estupefacientes o sicotrópicas. Implementará igualmente programas dirigidos a la recuperación del niño o adolescente dependientes de éstas sustancias.

Derechos de las Personas Adultas Mayores

En la Constitución Nacional, el artículo 57, De la tercera edad, dice: “Toda persona en la tercera edad tiene derecho a una protección integral. La familia, la sociedad y los poderes públicos promoverán su bienestar mediante servicios sociales que se ocupen de sus necesidades de alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio”.

Ley N° 1885/02, de las Personas Adultas Mayores

Artículo 3º. Toda persona de la tercera edad tiene derecho a un trato digno y no ser objeto de discriminación de ninguna clase para ejercer funciones públicas o privadas, salvo las incapacidades físicas o mentales especialmente previstas en la ley. Igualmente, tendrá prioridad en la atención a su salud, vivienda, alimentación, transporte, educación, entretenimiento y ocupación, así como en la percepción oportuna de sus haberes, si los tuviere.

Artículo 5º. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el órgano estatal que tendrá a su cargo la aplicación de la presente ley y cumplirá las siguientes funciones:

- a) *En el marco de esta ley y su reglamentación por el Poder Ejecutivo, ejecutar políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad;*
- b) *Generar oportunidades crecientes para que los adultos mayores puedan actualizar y reconstruir sus potencialidades, encarar sus circunstancias, elaborar con anticipación respuestas a los problemas relativos a su exclusión social, participar activamente en beneficio de la comunidad y hacer que sus experiencias contribuyan y sean útiles a la formación de las nuevas generaciones;*
- c) *Promover la descentralización a través de la participación de las gobernaciones y de los municipios de la República, así como de las organizaciones de la sociedad civil;*
- d) *Elaborar e impulsar programas específicos que beneficien a las personas de la tercera edad en coordinación con los demás Ministerios e instituciones privadas;*
- e) *Incentivar la participación del sector privado en la atención a las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento del ser humano, coordinando las acciones con el sector público;*
- f) *Fomentar la integración de la persona de la tercera edad en el seno del hogar;*
- g) *Prestar asistencia técnica, supervisar y fiscalizar a entidades privadas con y sin fines de lucro que se dediquen a la atención y bienestar de las personas de la tercera edad;*
- h) *Crear acciones y programas de prevención de la salud física, psíquica y social del adulto mayor, mediante un sistema de información de los servicios públicos y privados, de los mecanismos de acceso a dichos servicios y de los programas de educación de toda la población en general y de prevención social en particular;*
- i) *Incentivar la formación de recursos humanos en el área de la atención del adulto mayor;*
- j) *Contar con un registro de las instituciones dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad; y*

k) *Promover la vinculación con organismos nacionales e internacionales y, en general, con toda institución o persona dedicada a beneficiar a las personas de la tercera edad y celebrar con ellas contratos o convenios para ejecutar proyectos o acciones de interés común.*

Por **Resolución del MSP y BS, S.G. N° 269, del 9 de Mayo del 2007** (MSP y BS, s.f.), se aprueba el Organigrama y las Funciones de la Dirección General del Instituto de Bienestar Social. (Vigente hasta la fecha). En la misma, se determinan las dependencias y funciones del Instituto de Bienestar Social:

- o Dirección de Bienestar de la Infancia y la Familia.
- o Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad.

Ley N° 5537/2016 que regula los establecimientos de Atención a Personas Adultas Mayores

Artículo 3º. Definiciones. A los efectos de esta ley se entiende por:

Usuario: a las personas de 60 años en adelante. El ingreso y permanencia de las mismas en los centros regulados en esta ley será estrictamente voluntario, debiendo las personas usuarias manifestar de forma expresa y fehaciente su conformidad, salvo que medie una resolución judicial por la cual se ordene el ingreso a personas comprendidas en dicha etapa etaria.

Artículo 5º. Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Artículo 7º. Habilitación de los establecimientos. La autoridad de aplicación otorgará la habilitación de los establecimientos de atención a personas adultas mayores, siempre que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) *Poseer la infraestructura edilicia adecuada al funcionamiento de estos establecimientos, considerando condiciones de accesibilidad, habitabilidad y ambientales y la existencia de espacios externos e internos adecuados para recreación y laborterapia;*
- b) *Contar con los elementos y accesorios necesarios para la prevención, protección y seguridad del edificio y de los usuarios;*
- c) *Contar con un plantel de profesionales idóneos y capacitados, tanto en el aspecto de la salud como en lo social;*
- d) *Contar con acceso a un servicio médico de emergencias con unidades móviles, propio o de un tercero, de acuerdo al tipo de servicio brindado, debidamente autorizado por la autoridad competente; y*
- e) *Los demás requisitos establecidos en la reglamentación.*

Ley 1115/97 Estatuto del Personal Militar

Entre los Derechos del Personal Militar en actividad citados en la ley se encuentran el recibir asistencia médica integral para sí y su familia; y recibir atención médica en el exterior en caso necesario, conforme dictamen de la junta de reconocimiento médico de las Fuerzas Armadas, con cargo al Ministerio de Defensa Nacional.

Ley 222/93 orgánica de la Policía Nacional

Artículo 176.- La Dirección General de Bienestar Policial es el organismo que se encarga de la búsqueda permanente de protección al personal policial y su familia, en lo referente a salud, vivienda, recreación, ayuda social, educativa y otros, relativos al bienestar de los mismos.

Salud Mental

El Paraguay carece de una ley específica para la salud mental, que proteja los derechos de las personas con discapacidad psicosocial y los de sus familiares, en los servicios y en la comunidad. Fueron trabajadas varias propuestas desde sectores oficiales y de la sociedad civil. Una llegó a tener media sanción de la Cámara de Diputados sin ser nunca aprobada, por lo que se siguen realizando esfuerzos.

En el 2011 fue lanzada la **“Política Nacional de Salud Mental 2011 – 2020”** (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011), pero actualmente no hay mucha evidencia de que se estén desarrollando los lineamientos programáticos enunciados en ella, que son:

- *Garantizar el derecho a la salud mental con universalidad, equidad e integralidad, como un derecho humano que contempla el derecho a la asistencia, al bienestar y a la participación.*
- *Impulsar un proceso decisivo y sostenido de desmanicomialización cultural, edilicia y presupuestaria desarrollando un modelo de atención comunitaria en salud mental.*
- *Garantizar la protección y cuidado de la salud mental en el Sistema Público Nacional de Salud, con universalidad y gratuidad.*
- *Promover y afianzar la participación ciudadana como contralor local de las respuestas a las necesidades de cada territorio, integrando asistencia, ambiente social, educación, recreación y preparación para la vida en la sociedad.*
- *Impulsar la formación de los trabajadores de la salud acorde al modelo comunitario y generar un cambio de actitud tanto en ellos como en la ciudadanía a fin de eliminar la estigmatización y la exclusión.*

Recomendaciones al Estado paraguayo sobre las personas institucionalizadas

La siguiente información se desprende del Sistema de Monitoreo de Recomendaciones “SIMORE”, herramienta informática que facilita la sistematización de las recomendaciones internacionales de Derechos Humanos realizadas al Paraguay por los diferentes órganos y procedimientos especiales de Derechos Humanos, de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos, como también permite el acceso a información actualizada sobre las acciones desplegadas por las instituciones del Estado, vinculadas al cumplimiento e implementación de las mismas. (MRE. RDDHPE. SIMORE, s.f.)

El EPU (Examen Periódico Universal), es un proceso único que implica el examen de la situación en materia de Derechos Humanos de los 193 Estados Miembros de

la Organización de las Naciones Unidas, una vez cada cuatro años y medio. El EPU garantiza que todos los Estados miembros de la ONU sean evaluados. El objetivo final de este mecanismo es mejorar la situación de los Derechos Humanos en todos los países, y abordar violaciones de los Derechos Humanos donde quiera que ocurran. A continuación se presentan las últimas recomendaciones realizadas al Estado paraguay, con la fecha en que son realizadas, compiladas, de los diferentes mecanismos de la ONU, en el marco del EPU.

Penitenciarias

06/06/16: Continuar trabajando en la mejora de las condiciones de las prisiones. Seguir adoptando medidas para mejorar la situación del sistema penitenciario del país, de conformidad con las normas internacionales.

28/03/13: El Estado parte debe mejorar las condiciones de las cárceles y los centros de detención, de conformidad con lo dispuesto en el Pacto y las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. En particular, el Estado parte debe adecuar los centros de privación de libertad para jóvenes a los estándares internacionales, particularmente en términos de educación, instalaciones sanitarias, oportunidades recreacionales, acceso al agua e instalaciones de saneamiento básicas apropiadas.

Adultos/as mayores

06/03/15: El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) recomienda que el Estado parte asigne recursos suficientes al sector de salud y continúe sus esfuerzos para asegurar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención de Salud, especialmente en las zonas rurales y remotas. En particular, el Comité recomienda al Estado parte mejorar la infraestructura del sistema de atención primaria y garantice que los hospitales dispongan de personal médico, suministros y medicamentos de urgencia necesarios.

36 Niños, niñas y adolescentes

06/06/16: Promover leyes sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, especialmente en la esfera de la salud.

06/06/16: Aplicar el Sistema Nacional de Protección y Promoción Integral de la Niñez y la Adolescencia, prestando especial atención a la trata de personas, a la salud sexual y reproductiva, y aprobar legislación para proteger los derechos de los niños y niñas no inscriptos, y eliminar los obstáculos para la inscripción de los nacimientos. Elaborar una ley que prohíba expresamente los castigos corporales de niños y niñas en todos los entornos.

Garantizar un acceso adecuado a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas.

Promover leyes sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes, especialmente en la esfera de la salud.

Fortalecer el sistema especializado de justicia juvenil, promover la adopción de medidas alternativas a la privación de libertad, y seguir mejorando los servicios sociales disponibles para los y las adolescentes privados de libertad.

27/11/15 La Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Sra. Catalina Devandas Aguilar: Institucionalización vs. Vida independiente en la comunidad. La institucionalización de niños y niñas con discapacidad requiere una intervención urgente e inmediata por parte del Gobierno. Hay al menos 70 hogares infantiles en todo el país, al menos tres de ellos son instituciones segregadas para niñas/os con discapacidad. No existen datos confiables sobre la cantidad de niños/as con discapacidad que viven en estos centros. Los derechos de estos niños y niñas son vulnerados sistemáticamente en estas instituciones, donde se encuentran en estado de abandono y máxima indefensión. Es preciso que el Estado tome todas las medidas que estén a su alcance para evitar que los niños/as con discapacidad sean abandonados en instituciones, al mismo tiempo debe garantizar la inmediata puesta en marcha de medidas para la desinstitucionalización de quienes actualmente se encuentran en estos centros. El Estado debe iniciar una estrategia de intervención, que a corto plazo garantice el derecho de los/las niñas a vivir con una familia y disfrutar plenamente de todos sus derechos.

Personas con discapacidad psicosocial

29/03/16: El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, recomienda: Ponga en marcha una reforma integral gradual del sistema de atención de la salud mental, basada en los principios de no discriminación, participación y respeto por la dignidad y los derechos de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental.

Clausure gradualmente el Hospital Neuropsiquiátrico de Asunción, y proceda a la integración efectiva de los servicios de salud mental en el sistema general de atención de la salud y la vida comunitaria.

27/11/15 La Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Sra. Catalina Devandas Aguilar: Institucionalización vs. Vida independiente en la comunidad, expresó en su informe:

Mi visita me permitió observar que las prácticas existentes en ese centro violentan los derechos fundamentales de las personas con discapacidad según lo establecido en la CDPD (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad). El Estado debe actuar de manera inmediata para cerrar definitivamente las salas de "pacientes crónicos", donde las personas con discapacidad psicosocial están privadas de libertad, por razón de su discapacidad. Adicionalmente, todas las personas con discapacidad internadas son sometidas a tratamientos médicos y a terapia electro convulsiva sin su consentimiento, pueden ser encerrados en celdas unipersonales y salas de aislamiento, y viven en condiciones que atentan contra su integridad física y mental. Todas estas prácticas contrarias a la CDPD deben detenerse de inmediato.

Estas personas no tienen acceso a la justicia y algunas ni siquiera cuentan con documentos de identidad. Me han informado también de la práctica

cada vez más frecuente de internar a personas con discapacidad por orden judicial. Es imperativo que el Estado tome medidas inmediatas y urgentes para devolverles a estas personas su libertad, integridad y dignidad, apoyando su vida independiente en la comunidad.

Por todo ello, insto al Estado a reconsiderar la decisión de ampliar el hospital psiquiátrico y en su lugar reasignar los recursos presupuestados para fortalecer y desarrollar en servicios de apoyos comunitarios que respeten la libertad y la integridad de estas personas y que promuevan su independencia y autonomía.

Policía

14/12/11: Comité contra la Tortura (CAT). [...] El Estado parte debería: a) Continuar los programas de capacitación para velar porque todos los/las funcionarios/as, y en particular los/las agentes de policía y demás agentes del orden, sean plenamente conscientes de las disposiciones de la Convención; b) Evaluar la eficacia y los efectos de los programas de capacitación y educación en la reducción de los casos de tortura y malos tratos; c) Establecer un plan de capacitación para todo el personal involucrado en la investigación e identificación de tortura, incluidos defensores públicos, médicos y psicólogos/as, de modo que se conozca el contenido del Protocolo de Estambul y se aplique en la práctica.

Militares

06/06/11: Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT). En relación con la ausencia de tipo penal de tortura en el Código Penal Militar, el SPT recomendó la inclusión de un tipo penal de conformidad con el artículo 1º, de la Convención contra la Tortura, y establecer penas acordes con la gravedad de este delito. Más allá de resolver esta laguna legal, el SPT recuerda que la jurisdicción militar debe limitarse a infracciones de carácter específicamente militar cometidas por militares, con exclusión de las violaciones de los Derechos Humanos, las cuales son competencia de los tribunales nacionales ordinarios. El Estado parte informó al SPT que se encuentra en estudio un proyecto de modificación del Código Penal Militar, a fin de adecuarlo a lo dispuesto en la Convención contra la Tortura. El SPT se complace de esta iniciativa y solicita recibir información sobre su progreso.

Marco teórico

En el marco teórico “*se expresan las proposiciones teóricas generales, las teorías específicas, los postulados, los supuestos, categorías y conceptos que han de servir de referencia para ordenar la masa de los hechos concernientes al problema o problemas que son motivo de estudio e investigación*” (Ander-Egg, 2009).

A lo largo de la historia existieron varios paradigmas en Salud Pública, algunos de ellos vigentes en forma paralela en diferentes países en un mismo periodo de tiempo, de acuerdo a la visión política de cada Estado.

La premisa sobre la cual se basa la presente investigación es que la Salud es un **Derecho Humano** Fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente (Naciones Unidas, CDESC, 2000); y como derecho inclusivo, más allá de la atención de salud oportuna y apropiada, incluye factores determinantes de la salud, necesarios para garantizar el trato humano y digno de las personas en situación de encierro, como: el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias apropiadas, el suministro adecuado de alimentos, una nutrición conforme a parámetros de calidad, condiciones sanas de trabajo y medioambiente, así como el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otros derechos conexos son: a la vida, a la no discriminación, a la igualdad y a no ser sometido a torturas o tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, a la vida privada y al acceso a la información (Carranza, 2012).

Los fines últimos del Derecho a la Salud son salvar la vida, restablecer la salud, mantener la salud y/o aliviar el sufrimiento. El Derecho a la Salud no es el derecho a estar sano, sino contar con las decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible. La aceptación de los Derechos Humanos incluye la aceptación de la exigibilidad de tales derechos al Estado (De Currea-Lugo, 2005).

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud (APS) como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud” (WHO, 1978).

Un **sistema de salud basado en la APS** implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. (OPS, 2009) La APS debe estar centrada en la persona.

Atención médica ambulatoria de carácter convencional en dispensarios o ambulatorios	Programas contra enfermedades	Atención primaria centrada en la persona
Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad

Figura 1. Características y tipos de atención sanitaria. Extraído de: Informe sobre la Salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS.

Una **Atención Integral** supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.

1. **Promoción de la Salud.** (OPS, 2003) Se trata de un concepto positivo que propone incidir no sólo en el desarrollo de las capacidades personales que influyen en la propia salud sino también en el entorno, para reforzar aquellos factores que favorecen estilos de vida saludables y modificar los desfavorables.
2. **Prevención de enfermedades.** (OPS, 2003) Es el conjunto de estrategias orientadas a reducir factores de riesgo de enfermedades específicas, así como a reforzar aspectos personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.
 - o **Prevención primaria:** abarca acciones destinadas a evitar la aparición de enfermedades, promover mejores estados de salud e impedir daños.

- o **Prevención secundaria:** el objetivo es evitar la progresión de una enfermedad y daños mayores mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
 - o **Prevención terciaria:** actúa a través de acciones de rehabilitación física, mental y social en personas que por enfermedad han sufrido complicaciones, secuelas o discapacidades, facilitando su reinserción social
3. **Cuidado curativo** - Atención de Calidad. (ONU-CDESC, 2000) Es la respuesta ante una situación de enfermedad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
 4. **Recuperación.** (Pérez Porto & Merino, 2014) Entendida como el proceso por el cual una persona recupera su estado de salud mediante el tratamiento de la enfermedad que la afectaba.
 5. **Rehabilitación.** (OMS, 2012) Término para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral.
 6. **Reinserción.** (Pérez Porto & Merino, 2014). El término se emplea cuando se quiere dar cuenta de la situación de integrar nuevamente en la sociedad o comunidad a aquel individuo que por una determinada razón se encontraba viviendo por fuera de la misma.

Por **servicios de salud** se entiende los métodos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que comprenden la atención sanitaria brindada en las comunidades, centros sanitarios y hospitales. El término comprende también los medios de actuar con respecto a los determinantes sociales y ambientales tanto dentro como fuera del sector de la salud (OMS, 2013).

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, o Sistemas Clínicamente Integrados, u Organizaciones Sanitarias Integradas pueden definirse como (Anderson, Gillies, Mitchell, & Morgan, 1993):

“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

La **calidad de vida** relacionada con la salud tiene que ver con el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario y el impacto de la salud percibida en la capacidad de la persona de llevar una vida satisfactoria. Es la percepción individual de la posición en la vida: contexto de cultura y sistema de valores, en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Tabla 1.

Esferas y facetas para evaluar la calidad de vida.

Esferas	Facetas
Físico	Dolor. Malestar. Energía. Cansancio. Sueño. Descanso
Psicológico	Sentimientos positivos. Labor de reflexión. Aprendizaje. Memoria. Concentración. Autoestima. Imagen y apariencia corporales. Sentimientos negativos
Grado de independencia	Movilidad. Actividades de la vida diaria. Dependencia respecto de medicaciones o tratamientos. Capacidad de trabajo.
Relaciones sociales	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual
Entorno	Seguridad física. Entorno doméstico. Recursos financieros. Atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad. Oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas. Actividades recreativas: participación y oportunidades Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima). Transporte
Espiritual	Espiritualidad/religión/creencias personales

Fuente: Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)

Ya en 1849 Solomon Neumann había enunciado que los objetivos de la Salud Pública son: “1) *El desarrollo físico y mental del ciudadano*; 2) *La prevención de todos los riesgos para la salud* y 3) *El control de las enfermedades*” (Doval, 2004).

La Salud Pública ha sido conceptualizada desde diferentes enfoques, actualmente además de abandonar el sentido estrictamente biologicista y controlador de las enfermedades de una población, la visión integral de la Salud Pública implica una teoría compleja y entrelazada de factores, cruzados por los llamados Determinantes Sociales de la Salud (Segura del Pozo, 2016).

Otro concepto a comprender es el de los determinantes sociales de la salud, que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (CSDH, 2009).

42 Un modelo que de forma sencilla describe bien la complejidad de los determinantes de la salud es el propuesto por Dahlgren y Whitehead, (1991), representado en la Figura 2, al cual se pueden añadir los factores políticos, junto a las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales (Pasarín, et al, 2010).



Figura 2. Modelo de Determinantes de la salud. Fuente: Elaborado por Dahlgren & Whitehead. 1991.

Otro esquema que intenta explicar los determinantes de las desigualdades en salud es el propuesto por Solar e Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, sigla en inglés) de la OMS (CSDH, 2007) y se compone de los siguientes elementos:

- 1) *El contexto socioeconómico y político: se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella.*
- 2) *La estructura social: incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o raza y el territorio.*

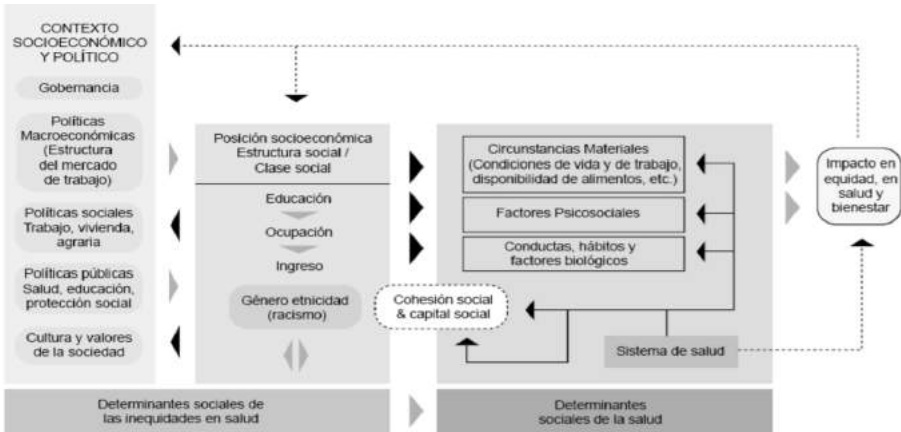


Figura 3. Esquema de Determinantes de las Desigualdades en Salud. Fuente: Elaborado por Solar O., Irwin A. en "A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper"(policy and practice). WHO. 2007.

3) Los determinantes intermedios: la estructura social determina desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales determinan las desigualdades en salud

En cuanto a los **ámbitos o ambientes de encierro**, especialmente los involuntarios, éstos copian, en forma borrosa, distorsionada y exagerada las condiciones de desigualdad, asimetrías de poder y vulnerabilidades de la sociedad en general, pero a la vez, el contexto de encierro es un microambiente (microcosmos) (Foucault, Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión, 1983), con sus propias características que influyen en distintos aspectos objetivos de la salud y en la percepción de su estado de salud y por lo tanto requiere de medidas específicas de intervención que apunten a mejorar la salud de las personas en situación de encierro. Por lo tanto, desde el modelo de Determinantes Sociales de la Salud hay aún más elementos que se suman a las vulnerabilidades de la población en situación de encierro, recordando que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (CSDH, 2009).

Marco referencial

Teniendo en cuenta la definición de la OMS acerca de los **determinantes sociales de la salud** como el “Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones” (Moiso, 2007) y aplicando el mismo a contextos de encierro, se logra reconocer un espectro variado de factores causales que influyen la salud de la persona privada de libertad, factores sociales que se ven potenciados por el entorno de encierro, el actuar de la institución penitenciaria o de abrigo, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud, influenciando en el estado de salud de la persona.

La **Ley N° 4288/2011**, “Del Mecanismo Nacional de Prevención contra la tortura y otros tratos o penas crueles e inhumanos o degradantes”, en su artículo 4° contempla como ámbito de intervención los lugares donde existan o se presuma que existan personas, connacionales o no, afectadas en su libertad, sean éstos públicos o privados, y en especial en:

1. *Penitenciarías u otros establecimientos similares.*
2. *Centros educativos para adolescentes infractores.*
3. *Establecimientos policiales, militares o educativos que cumplan funciones similares.*
4. *Establecimientos de internación de personas con discapacidades físicas o mentales; adicciones, o con capacidades diferentes.*
5. *Hogares de Abrigo: Niños/as y adolescentes; Mayores de edad; Adultos mayores*
6. *Unidades móviles de detención o aprehensión; y,*
7. *Lugares de tránsito de inmigrantes.*

En dichos ámbitos de intervención existen condiciones diferentes que se supone afectan el estado de salud de las personas institucionalizadas, en diversos grados. Según el tipo de establecimiento en el cual se encuentren y qué ente del Estado ejerza su rectoría tenemos ámbitos de injerencia directa del Ministerio de Justicia (Penitenciarías y Centros Educativos), los que dependen del Ministerio de Salud en forma directa (Hospital Psiquiátrico y Centro de Adicciones), o a través de su Dirección de Bienestar Social (Hogares de Adultos/as Mayores), los que están regulados por la SNNA (Hogares de NNA), los que dependen del Ministerio del Interior (Instituto de Educación Policial) o de las Fuerzas Militares (Liceo Militar).

A continuación se presentan estudios de referencia y algunas particularidades de las condiciones de encierro relacionadas a la salud, en los mencionados ámbitos:

Penitenciarías (hombres y mujeres)

Indagando en la teorización disponible a nivel internacional nos encontramos con varias conclusiones de estudios realizados como la siguiente (Oviedo-Joekes, 2005):

“Una peor salud percibida la encontramos entre los reclusos de mayor edad, los que tienen que cumplir una condena mayor a cinco años, los que son reincidentes y los que no tienen juicios pendientes. Los que perciben que su salud se ha deteriorado en el último año presentan enfermedades crónicas y toman medicamentos. El modelo de regresión para el uso de los servicios sanitarios muestra que hacen un mayor uso de los mismos quienes tienen una condena mayor a 5 años, los que llevan menos de un año en prisión y los que toman medicamentos”.

Igualmente, no son pocas las conclusiones a modo de sentencia que son posibles de encontrar sobre el tema: *“No es la cárcel, en fin, más que un reflejo fiel de la sociedad de su tiempo, dónde las carencias y las diferencias no solo no desaparecen, sino que se agudizan”.* (Yagüe Olmos, 2007).

Esta situación se complejiza cuando subyacen otros problemas de salud concomitantes en el contexto de encierro, como los que afectan la salud mental: *“La situación de los presos con problemas de salud mental en las cárceles devela la institucionalización de una maquinaria sanitaria y jurídica, pretendidamente rehabilitadora, pero destinada en realidad a ocultar las fallas del sistema social”.* (Bravo, 2005)

Según un estudio en una cárcel de Chile: *“El estado de salud de la población penal se encuentra más deteriorado que el de la población general, con necesidades mayores y distintas, sin embargo existe una percepción de un buen estado de salud y una tendencia al alto grado de satisfacción de los servicios sanitarios”.* (C Osses-Paredes & Riquelme-Pereira, 2013). Pág. 102.

En otro estudio, esta vez en una cárcel de Argentina, Furlani y Gutiérrez (2009) concluyen que:

“Podemos incluso suponer que muchas de las personas que actualmente se encuentran privadas de su libertad, son víctimas también de un sistema socio-político-económico que las ha excluido durante gran parte de su vida, debido a que gran parte de los “presos” pertenecen a estratos sociales bajos, con muy pocas posibilidades de acceso a una adecuada alimentación, salud, educación, trabajo... Es decir, la gran mayoría de estos sujetos han sido marginados desde muy temprano, y posiblemente (sin generalizar por supuesto) han sufrido muchas situaciones de negligencia, abuso, maltrato – ya sea desde el entorno familiar o social más amplio”.

Un estudio sobre las condiciones de vida en una cárcel en Colombia llevado a cabo por Castillo (2014), denominado *“No bastan muros de piedra para hacer una prisión”*, enuncia:

“Las condiciones de vida son precarias, el gran número de internos que alberga esta institución conlleva a que se presenten grandes problemas de salubridad. Los internos se ven expuestos a un sinnúmero de enfermedades al compartir los baños con tanta gente, tener que dormir en el suelo, consumir alimentos mal conservados y soportar las altas temperaturas”.

Varios estudios en la región coinciden en identificar al hacinamiento carcelario como causante de la precarización de la calidad de vida de las PPL y atenta contra sus Derechos Humanos como lo manifiesta Gómez Forero (2015), cuyo hallazgo es:

“Las conclusiones reflejan en su conjunto el alto nivel de ineficiencia con la que se ha actuado por parte del ejecutivo y el legislativo en la solución de la crisis de hacinamiento carcelario y la necesidad de emprender acciones afirmativas, libres del discurso propositivo, que no hace otra cosa que simplificar el problema pero no solucionarlo”.

Por su lado, como conclusión de otro estudio en Colombia, Lopera y Ríos (2012), señalan:

“Esta investigación buscó demostrar el consecuente daño psicosocial que produce este hacinamiento en la psiquis de quienes están encerrados, sin una capacidad real de locomoción y la lógica afectación en los procesos de interacción social, dado que, dadas las condiciones las personas generan actitudes de agresividad, como consecuencia lógica del alto estrés que tienen que padecer los internos”.

A partir de otro estudio en cárceles de Colombia, Ramírez y Gallego (2015), sostienen:

“Argumentamos que en las cárceles de Colombia se ha configurado un campo necropolítico que expone a umbrales de muerte tanto física como social a las personas privadas de la libertad. Desarrollamos esta idea por medio de un análisis crítico de los informes sobre derechos humanos en las cárceles, empleando categorías interpretativas del black feminism como el complejo industrial carcelario y la interseccionalidad, para señalar que en las cárceles opera una racionalidad que excede la Biopolítica, instalando la muerte y la deshumanización como elementos cotidianos de su funcionamiento”.

En cuanto a la alimentación en las cárceles, Roncancio, Dangond, y García (2015), concluyeron:

Es importante mencionar que cualquier brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) puede desencadenar una epidemia que se complica aún más por la situación de reclusión. Otras dificultades son la comercialización no permitida, el ingreso de alimentos y la conservación de estos en las celdas, lo cual puede ocasionar la pérdida de calidad higiénico-sanitaria y pone en peligro la salud de esta población.

A nivel nacional, los sucesivos informes anuales de gestión, así como los informes de monitoreo y seguimiento del MNP a las penitenciarías de hombres y mujeres han ofrecido datos importantes sobre las condiciones de vida y salud de las PPL, algunas de ellas son, como ejemplo:

Informe de Monitoreo N° 14/15 del 30/12/15. Penitenciaría Regional de San Pedro – Adultas Mujeres:

- *La percepción acerca del estado de salud en que se encuentran las mujeres privadas de libertad, es que se ve afectada durante el encierro.*

- *El 53% de las mujeres refirieron necesitar atención psicológica pero ninguna la recibió porque no existen profesionales de salud mental dentro del penal.*
- *Sólo reciben un plato de comida por día, el resto corre por cuenta de las internas, lo que aumenta su vulnerabilidad.*
- *39% de las mujeres se encontraba en gestación o viviendo con niños/as lactantes.*
- *La penitenciaría no cuenta con ningún programa de prevención y atención a la salud de las mujeres privadas de libertad.*

Informe de Seguimiento Año 2015. Penitenciaría Nacional de Tacumbú, Asunción. ISN°03/15 *El espacio donde se elaboran los alimentos (“Rancho”) es inadecuado para el almacenamiento, manipulación y preparación de la comida.*

- *La alimentación suministrada a los internos no se rige por las adecuaciones sugeridas por el INAN.*
- *El menú es repetitivo y poco apetente, lo que estimula el mantenimiento de comercios de comidas en el propio penal.*
- *No hay criterios definidos para incluir a las personas como portadoras de trastornos mentales.*
- *El área de sanidad es reducida, las camas están hacinadas lo que propicia la propagación de enfermedades.*
- *En el mismo espacio duermen los internos que hacen de enfermeros o apoyo administrativo a la sanidad.*
- *Se cocinan alimentos en forma precaria en el baño de la sanidad.*
- *Se inauguró una nueva sanidad en el área de PPL, lo que ayudaría a evitar el pago de montos para flanquear los portones para acceder a la antigua sanidad.*
- *La provisión de medicamentos que realiza el MJ es insuficiente. Los internos o familiares deben comprar sus medicamentos fuera del penal.*

Adolescentes privados de libertad

El sistema penal especializado (denominado penal de la adolescencia) establece la edad de imputabilidad penal en el marco normativo paraguayo a los 14 años, con una orientación y una finalidad eminentemente educativas, considerando las características propias del desarrollo evolutivo de niños, niñas y adolescentes.

El SENAAl, del MJ, es la instancia rectora responsable de diseñar, ejecutar y monitorear las políticas públicas de atención integral a los y las adolescentes acusados/as de infracción a las leyes penales y la elaboración de propuestas de políticas públicas y acciones para la prevención de la delincuencia juvenil y la inserción social de los/as privados/as de libertad por infracciones penales.

Según los informes de MNP y otras fuentes de información, *la realidad de los/as adolescentes institucionalizados está ligada al alto consumo de drogas, sin alternativas terapéuticas, el hacinamiento en los centros educativos, y la falta de condena.* (Agencia EFE. El 90% de los menores infractores permaneces recluidos y sin condena. 17 de agosto de 2016. Recuperado de <http://www.paraguay.com/nacionales/90-de-los-reclusos-menores-estan-sin-condena-149383>).

En el informe del MNP “Abriendo puertas al encierro. Realidad de adolescentes en privación de libertad en Paraguay” (Galeano & Balbuena, 2015), se concluye que el encierro de los y las adolescentes en el Paraguay podría afectar la salud actual y futura de los y las adolescentes, debido a que son sometidos sistemáticamente, en la mayoría de los centros educativos, a torturas y maltratos, degradaciones, sanciones ilegales, castigos arbitrarios, de manera directa e indirecta, ya sea por parte de los/as funcionarios/as o por parte de sus pares.

Según el Experto sobre la violencia contra los niños de las Naciones Unidas (Pinheiro, 2006):

Entre las consecuencias agudas y a largo plazo de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes señaladas por se encuentran las consecuencias para la salud física (lesiones abdominales o torácicas, lesiones cerebrales, lesiones del sistema nervioso central, fracturas, discapacidad), consecuencias sexuales y reproductivas (problemas de salud reproductiva, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual), consecuencias psicológicas (abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognoscitiva, comportamientos delictivos y violentos, depresión y ansiedad, retraso del desarrollo, trastornos de alimentación y el sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, falta de autoestima) y consecuencias económicas tanto para el Estado como para las familias de los y las adolescentes.

El Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Dainius Puras, en oportunidad de la visita país a Paraguay entre septiembre y octubre de 2015, señaló en su informe (Documento ONU A/HRC/32/32/Add.1, del 24 de mayo de 2016) (ONU, 2016):

Las condiciones de detención en esos centros (Centros Educativos para adolescentes infractores) han sido motivo de preocupación para los organismos nacionales e internacionales (...) incluyen el hacinamiento, la mala calidad de la comida, la insuficiencia de agua potable y productos de higiene, y la falta de medicamentos básicos, como analgésicos, antibióticos o antiinflamatorios. (...) Además, ha habido graves denuncias de malos tratos infligidos en los centros, en particular castigos corporales y tratos humillantes.

A nivel nacional, se citan algunos hallazgos de visitas de monitoreo a Centros Educativos por parte del MNP.

Informe de Seguimiento Año 2016. Centro Educativo Concepción. ISCE N°06/16.- Adolescentes varones.

- Según lo relevado en la entrevista a la enfermera presente la atención esta mediada por los guardias, las enfermeras atienden a pedido de los guardias.
- La atención de salud está a cargo de las enfermeras, debido a que no cuentan con profesionales médicos asignados.
- Los adolescentes manifestaron que para todas las dolencias se le entrega el mismo medicamento, que no saben exactamente qué es.
- No existen planes ni programas para la detección del VIH, pero si solicitan al

Ministerio de Salud éste desarrolla programas.

- *No poseen estrategias de abordajes para casos de personas con problemas de adicción a drogas.*

Informe de Seguimiento N° 05 - Año 2016. Centro Educativo Itauguá – Adolescentes varones

- *En percepción de los adolescentes, solamente el 80% de ellos manifestó que existe atención sanitaria en el CEI.*
- *Los adolescentes fueron consultados acerca de las condiciones de salud referencian sentirse en peores condiciones de salud que antes del ingreso al CEI.*
- *Otro cuadro común referenciado es la infección por tatuajes, debido a que los mismos son hechos con tinta de bolígrafos o con la goma del palo de repasar pisos.*

Niños y niñas viviendo en Hogares de abrigo

La SNNA, en su carácter de organismo rector en materia de protección y promoción de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, es la responsable de la implementación de las políticas de niñez formuladas por el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, las que deben estar completamente adecuadas al nuevo marco doctrinario que incorpora la concepción de NNA como sujeto de derechos y que supera la distinción entre niño y menor, producto del paradigma de la situación irregular que imperó hasta la formulación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN).

Se crea a nivel institucional una instancia encargada - la Dirección de Protección Especial (DIPROE) y se refuerza la fiscalización de la situación de los niños y niñas que se encuentran viviendo en hogares y por otro lado, promover el programa de familias acogedoras tendiente a evitar la institucionalización y a priorizar los entornos familiares.

La Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia como organismo rector de políticas públicas en materia de niñez y adolescencia es la responsable del diseño y ejecución de la Política Nacional de Protección Especial (PONAPROE), a través de la Dirección General de Protección Especial (DIPROE). Esta política propone 3 ejes estratégicos para el trabajo con niños, niñas y adolescentes separados de sus familias.

1. El Mantenimiento del Vínculo como principio orientador: Los niños, niñas y adolescentes no pueden ser separados de sus familias sin que se trabaje con ellos/as un plan de vida familiar a corto plazo, que incluya como primera medida la reinserción en su familia de origen, o cuando esto no es posible, la inserción en otra familia a través de la adopción.
2. El Acogimiento Familiar como modelo de protección: Niños, niñas y adolescentes separados de sus familias deben tener como primera opción de acogimiento, alternativas de cuidado familiar y cuando esto no es posible, formas de cuidado residencial en pequeños grupos. Los modelos de cuidado Institucional deben ser desestimados.

3. La Desinstitucionalización como estrategia trabajando el mantenimiento del vínculo y la reinserción de niños, niñas con sus familias de origen, siempre y cuando esto garantice su protección integral.

Según reportes de DIPROE, de la SNNA, del año 2014, alrededor de 1.700 niñas, niños y adolescentes se encontraban viviendo y creciendo en instituciones de cuidado alternativo a nivel nacional, con 58 instituciones de cuidados alternativos. Del total de instituciones en las cuales se encuentran éstas niñas, niños y adolescentes, el 76% del cuidado ofrecido se realiza desde una modalidad de acogimiento institucional, el 20% desde el acogimiento residencial, y sólo el 4% desde el acogimiento familiar; el promedio de institucionalización de las niñas y niños es de 4 años 4 meses; en la mayoría de los casos han perdido el vínculo con su familia, o el relacionamiento se da cada vez con menor frecuencia, cuanto mayor sea el tiempo de estadía en el hogar (SNNA, 2014). Datos de DIPROE de 2016, estiman que la cifra descendió y actualmente alrededor de 1.400 niños y niñas viven en unas 56 instituciones.

Las directrices de las Naciones Unidas en Cuidados Alternativos recomiendan que dicha medida, en caso de ser absolutamente necesaria, sea temporal; y en caso de niños y niñas de 0 a 3 años, está totalmente desaconsejada en atención a las graves secuelas que la institucionalización ocasiona al niño o niña. Las áreas más afectadas son desarrollo motriz, socialización y lenguaje (RELAF, 2011). Los daños incluyen una variedad de problemas médicos graves, deficiencias en el crecimiento físico y cerebral, problemas cognitivos, problemas graves de expresión somática, retrasos en el desarrollo del lenguaje y de la comunicación, dificultades de integración, alteraciones sociales y de comportamiento (Armus, 2012). En Paraguay, alrededor del 5% de los niños y niñas institucionalizadas están en esta franja etaria.

El Ministerio de Salud tiene programas de salud y alimentación a la niñez en condiciones de vulneración, pero excluye a los NNA que residen en los hogares de abrigo transitorio. (MNP, 2016)

El principio del interés superior del niño y la niña debe regir en todas las decisiones y acciones que afecten a éstos/as, ya sean emanadas de la autoridad judicial o la administrativa. El Código de la Niñez y la Adolescencia – CNA, en concordancia con el artículo 54 de la Constitución, y el artículo 3° de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño-- establece , en su artículo 3º, que *“toda medida que se adopte respecto al niño o adolescente estará fundada en su interés superior. Este principio estará dirigido a asegurar el desarrollo integral del niño o adolescente, así como el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos y garantías. Para determinar el interés superior o prevaleciente se respetarán sus vínculos familiares, su educación y su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Se atenderá además la opinión del mismo, el equilibrio entre sus derechos y deberes, así como su condición de persona en desarrollo”*.

Mujeres Privadas de Libertad

“Las mujeres privadas de libertad al ser recluidas bajo un modelo de encierro androcéntrico, inspirado en el varón y que responde a las necesidades y realidades masculinas, sufren un menoscabo en el reconocimiento de sus derechos y libertades propias de su condición de género”. (Rodríguez M. , 2005)

La OMS define el enfoque de salud pública basado en el género como “parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer”; añade además que esto sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y así actuar en consecuencia. (OMS, 2007)

Cuando se analizan los delitos por los que las mujeres guardan prisión, se encuentra que en su inmensa mayoría son criminalizadas y privadas de libertad por delitos relacionados con la producción, tráfico y expendio de drogas prohibidas en las funciones de menor jerarquía dentro de las organizaciones transnacionales dedicadas a la comisión de estos delitos (Carranza, 2012). En segundo lugar se encuentra el hurto.

El Censo de mujeres privadas de libertad 2015 del MNP revela que (MNP, 2016) *Mayoritariamente, las mujeres se encuentran privadas de libertad por hechos punibles definidos en la Ley N° 1340/88 y sus modificaciones, es decir por casos de micro tráfico, posesión de sustancias estupefacientes y similares. Seis de cada diez mujeres se encuentra recluida en el sistema penitenciario por una causa de narcotráfico y ésta tendencia se observa en casi todas las penitenciarías y circunscripciones judiciales de la República. Asimismo, es destacable la relación desproporcionada que existe entre la cantidad de mujeres procesadas por hechos punibles contra el narcotráfico, versus la escasa cantidad de mujeres condenadas por estos mismos delitos.*

Igualmente, según datos del citado Censo, el 74% de las mujeres privadas de libertad al momento de la entrevista aún no contaban con una condena.

Dentro de la población total, merecen especial abordaje las mujeres en gestación y las mujeres convivientes con hijos lactantes y en edad preescolar. En el reciente Censo de mujeres privadas de libertad se halló que el 6,6% se encuentra recluida con su hijo. De éstas madres, el 96,8% vive con un hijo/a, y el 3,2% vive con dos hijos. (MNP, 2016)

Personas LGBTI Privadas de Libertad

El concepto LGBTI es una amplia categoría para quienes se auto-identifican como lesbianas, gays, bisexuales, personas trans* o intersexuales (ILGA , 2014). En cuanto trans* (con asterisco) es un término que cada vez toma más fuerza sobre todo en el discurso académico y el activismo de la diversidad sexual e incluye a las personas transgénero, transexuales, travestis y, en general, a quienes cuestionan el binario entre hombre/mujer como única opción de identificación individual y social.

Según un informe (APT-Asociación para la Prevención de la Tortura, 2015) durante la Audiencia ante la CIDH en octubre de 2015, la población LGBTI se encuentra aún más expuesta que el resto de los colectivos, a diversos tipos de abusos, malos tratos, tortura y discriminación en situaciones de privación de libertad. En la actualidad, frente al fenómeno de la sobrepoblación que afecta a los sistemas penitenciarios, el aislamiento y la sectorización continúan siendo la respuesta estatal por excelencia.

El mismo informe afirma que:

“El acceso a la salud también está acompañado de una serie de vulneraciones e irregularidades. Los lugares de reclusión no cuentan con un tratamiento médico integral que incluya la perspectiva de género en el abordaje. El personal profesional, que forma parte de la fuerza de seguridad, no se encuentra capacitado ni sensibilizado en materia de diversidad sexual. Ello se constata en los relatos de las personas que dan cuenta de reiterados maltratos verbales, así como también, en la nula previsión de tratamientos hormonales, entre otros”.

La Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), realizó una visita de trabajo a Paraguay del 25 al 29 de agosto de 2014, concluyendo que son tres los principales ámbitos de preocupación de la Relatoría: 1) uso excesivo de la prisión preventiva, 2) las condiciones indignas de detención y la gestión impropia de los centros penitenciarios y educativos, y 3) la situación de grupos en particular riesgo de sufrir violaciones a sus Derechos Humanos.

En 2016, 10 mujeres privadas de libertad en la Penitenciaría del Buen Pastor, solicitaron el derecho a visita íntima con otras mujeres. La solicitud fue rechazada por la Directora del penal y por la misma Ministra de Justicia en ese momento, ignorando así el Reglamento de 2012 que no especifica ni sexo ni género de la persona para la visita íntima. (CODEHUPY, 2016)

Por otro lado, la relación entre personas trans* y VIH es también objeto de preocupación en situaciones de encierro por la dificultad de realizar un tratamiento integral (Filippini, 2006).

Sin embargo, se han registrado avances en resoluciones de carácter ministerial, como el “Protocolo de Atención a Personas Trans Privadas de Libertad”, que fue aprobado a través de la Resolución N° 744 del Ministerio de Justicia, del 24 de agosto de 2015. (CODEHUPY, 2016). Entre otras disposiciones, el documento establece como objetivo mejorar la atención a las personas trans privadas de libertad y asegurar el goce de sus derechos, garantizando la igualdad y la no discriminación en el trato. Se señala, además, que no deben ser objeto de ningún acto degradante, garantizar el acceso a la salud, dejar constancia de cómo se hacen llamar las personas trans, la generación de datos estadísticos sobre las personas trans privadas de libertad, dejar constancia de las medidas tomadas en el libro de procedimientos y capacitar al personal para el trato adecuado a las personas trans. A pesar del mencionado avance, en la audiencia con la autoridad de salud penitenciaria no se hizo mención a dicha resolución.

Adultas y Adultos Mayores

En Paraguay, los/las adultos/as mayores representan aproximadamente un 7,2% del total de la población, que suponen alrededor de 480.000 personas (DGEEC, 2015).

El/la adulto/a mayor, en general, vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Estas personas concentran factores como el envejecimiento fisiológico o patológico, la disminución de ingresos y los altos costos en salud, que pueden requerir la asistencia del Estado para satisfacer algunas necesidades mínimas, y también la dependencia que se establece entre los/las mayores respecto al resto de miembros de la familia. El 50% de los adultos mayores hombres contribuyen con sus ingresos a los familiares, mientras que sólo un 10% de las mujeres adultas pueden realizar esta contribución. A su vez, el 50% de los adultos mayores masculinos reciben ayuda familiar, mientras que en el caso de las mujeres adultas llega a un 75% (Rodríguez L. , 2015).

En ausencia de los entornos protectores de las familias, las personas mayores en el Paraguay estarían en situaciones de gran vulnerabilidad, con tasas de pobreza en algunos años cercanas al 50% para los hombres, y hasta 60 y 70% en las mujeres (Rodríguez F. , 2015).

La situación de institucionalización de las personas adultas mayores está en directa relación con mayores vulnerabilidades debido a la separación de su entorno familiar de contención, y muchas veces representa situaciones de abandono afectivo y económico, lo que afecta directamente el estado de salud de la población, a ello sumado la falta de inversión social en el área por parte del Estado y la poca capacidad de respuesta a la demanda, cuya oferta se halla compartida con el sector privado y religioso o confesional.

Salud Mental – Personas con discapacidad psicosocial.

El artículo 58 de la Constitución Nacional de 1992, ampara a las personas excepcionales, incluyendo en esta categoría a las personas con discapacidad física, psíquica, sensorial e intelectual; pero no existen regulaciones específicas a la internación involuntaria. Paraguay no cuenta con una ley específica sobre Salud Mental, pero sí políticas y planes del sector salud que abordan el tema. El marco de política pública actual se denomina Política Nacional de Salud Mental 2011-2020.

En 2006, la OMS realizó un estudio que permitió recabar información sobre la situación de los servicios en el Paraguay, (utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud), el cual fue plasmado en un informe con resultados alarmantes, entre ellos que sólo el 2% de los/las profesionales médicos se dedican a la salud mental; existen sólo 35 profesionales del área por cada 100.000 habitantes, siendo en su mayoría psicólogos/as (28,9 %: 100.000). En cuanto a los/las psiquiatras, la distribución es de 1 cada 100.000. (WHO, 2006)

El Presupuesto del Estado destinado a la Salud y enfermedad Mental es sólo el 1.9%. Paraguay cuenta con un único Hospital Psiquiátrico que recibe el 66% del presupuesto destinado a la salud mental. La Institución posee un promedio de 300 camas, con una mayoría de pacientes con esquizofrenia. Entre 2.000 y 2.005, la disponibilidad de camas aumentó un 8%, demostrando que en vez de buscar métodos para descentralizar la Hospitalización Psiquiátrica, como sugiere la tendencia internacional, se están otorgando recursos para aumentarla. (OPS/OMS, 2012)

El informe del MNP sobre el Hospital Psiquiátrico de diciembre del 2014 concluyó que:

- El modelo centrado en el único Hospital Psiquiátrico Público sigue siendo el principal.
- Hace más de 20 años se intenta implementar las unidades de atención primaria, con enfoque preventivo en todas las comunidades del país, esto no ha avanzado lo suficiente.
- Esto conlleva que el Hospital Psiquiátrico persista en sus funciones de vigilancia, custodia, encierro, aislamiento, retiro, depósito y muchas veces castigo de personas con discapacidad.
- Las terapéuticas se centran y privilegian la modalidad de contención físico-química, por medio de terapias tales como la electro convulsiva, psicofarmacológica y de contención corporal en aislamientos.
- No se ven protocolos para: crisis, admisión involuntaria, seguimiento periódico.
- Se constata deterioro de las condiciones edilicias, higiénicas, sanitarias, alimentarias y habitacionales.
- Existe un número considerable de personas hospitalizadas por disposiciones judiciales, sin que medien procesos.
- Se registran problemas con los pacientes que provienen de la Penitenciaría Nacional de Tacumbú, quienes traen conductas violentas aprendidas en la convivencia con la dinámica penitenciaria.
- El Hospital no tiene condiciones de seguridad para albergar a pacientes derivados por orden judicial de origen penal.

Según el informe de la OMS, el 68% de los/las pacientes permanece menos de un año hospitalizado, pero un 10% queda institucionalizado más de diez años. Se desconocen las cifras de internaciones involuntarias, pero entre 11% y 20% son sometidos/a a contención o aislamiento. Las estadísticas de internación del hospital entre los años 2001 y 2003, confirman que 46,06% de los/las internos/as carecían de diagnóstico (DGEEC, 2005)

En 2015, con ayuda de la OPS, se actualizó el Directorio de Servicios de Atención a la Salud Mental, en la Red Integrada de Servicios de Salud (MSPyBS-Dirección de Salud Mental, 2015), pero no figuran los servicios que se brindan en los ámbitos de encierro.

En el Penal de Tacumbú funciona un pabellón denominado Psiquiátrico, destinado a personas con trastornos mentales, lo que atenta contra lo establecido en el artículo 23, de la Ley Nº 1286/98, Código Procesal Penal, sobre inimputabilidad de personas con trastornos mentales graves. Al respecto, no se cuenta con información sobre las condicionantes propias de dicha privación, como el encierro, hacinamiento, problemas de relacionamiento, alimentación y salud, que no son las más adecuadas para un ambiente favorable a la salud mental. (CODEHUPY, 2016)

Las observaciones de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Sra. Catalina Devandas, sugirió que el Estado apoye el proceso de desinstitucionalización de las personas con discapacidad psicosocial. Sobre el Hospital Psiquiátrico, observó que existen prácticas que violentan los derechos de las personas con discapacidad, como ser la privación de libertad por razón de discapacidad, y los tratamientos médicos sin consentimientos (MNP, 2016).

En cuanto al **Centro Nacional de Control de Adicciones**, del MSP y BS, al año, unos 1.200 pacientes nuevos ingresan al servicio, el 50% es por orden judicial. 340 requieren de internación para su tratamiento. El mayor porcentaje de asistidos/as se concentra en la franja de 15 y 25 años. La institución brinda los servicios de atención ambulatorios dirigidos a usuarios/as en situación de consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas). También, cuenta con dos unidades de desintoxicaciones programadas (niños, niñas y adultos), con disponibilidad de 15 camas cada uno (MSPyBS, 2016).

En octubre de 2016, el MNP socializó el informe del Monitoreo del Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Consumo de Drogas “Transformado Vidas”, de Capiatá, en el cual se identificaron una serie de factores de riesgos que predisponen a la tortura y los malos tratos de los y las usuarias del referido servicio privado.

Entre las recomendaciones del MNP, figura la elaboración de una política nacional sobre el uso de sustancias con enfoque de Salud Pública, fortalecer la red de Atención Primaria de la Salud (APS), debido a que la responsabilidad sanitaria de las Unidades de Salud de la Familia (USF) posibilita la detección precoz de los problemas vinculados al uso de drogas, y el desarrollo de actividades para disminuir los factores de riesgo, individuales y colectivos, del uso de sustancias adictivas.

Algunas conclusiones con base en las reuniones realizadas con referentes del Gobierno en el marco de la investigación.

Con el fin de realizar un acercamiento a la realidad estudiada y tener información primaria relevante, desde la Dirección de Investigación del MNP se realizaron notas oficiales para acceder a reuniones con referentes importantes de los ministerios de Salud y de Justicia. El 03/08/16 se **realizó una reunión con autoridades y técnicos/as del MSP y BS**. Participaron el Director General de Gabinete, la encargada de la Unidad de DDHH, la Directora del Hospital Psiquiátrico y su equipo médico y legal. Por parte del MNP participó el Comisionado Dante Leguizamón y el equipo investigador del estudio.

Se desarrollaron varios aspectos, sobre todo se indagó acerca del rol del MSP y BS en la salud de las personas institucionalizadas. Estas fueron algunas de las ideas y conclusiones de la reunión:

- El MJ es el encargado de la salud en las penitenciarías. Las consultas en los recintos de encierro deben ser cubiertas por médicos asignados por el MJ.
- Existe un convenio con el MJ de setiembre del 2015, pero el mismo no fue ratificado posteriormente. Quien es Coordinador es el Director de Servicios de Salud del MSP y BS.
- El Ministerio Público también solicita intervención del MSP y BS en casos necesarios.
- Se realizan reuniones de trabajo entre la Dirección de DDHH del MJ y la Unidad de DDHH del MSP y BS.
- Hay programas de salud específicos que lleva adelante el MSP y BS en las cárceles, como el PRONASIDA y el Programa de Tuberculosis. No así los demás programas.
- En el Buen Pastor realizan consultas algunos días médicos de la XVIII Región Sanitaria.
- La provisión de medicamentos por parte del MSP y BS se destina al MJ, IPS, el Hospital de Clínicas y otros. Los pedidos los realizan las máximas autoridades de cada institución y el propio Ministro de Salud autoriza la salida de medicamentos.
- La Dirección General de Insumos Estratégicos maneja los datos sobre insumos proveídos al MJ, una vez que sea aprobado por el Ministro de Salud.
- Hasta el momento no tenemos denuncias sobre brotes epidémicos. El control de infecciones depende de la Dirección de Vigilancia de la Salud. No saben si esa Dirección trabaja con las penitenciarías para evitar epidemias.
- Hay antecedentes de que funcionarios de las penitenciarías llegaron a no permitir el ingreso de personal del MSP y BS a los recintos penitenciarios. Tienen registro de estos hechos.
- Como se dan las jurisprudencias actualmente no hay mucho margen para que el MSP y BS intervenga en la salud penitenciaria, pero si esto cambia debería ser también con asignación presupuestaria.
- La Defensoría Pública debería encargarse. En las penitenciarías falta diferenciar entre adictos y enfermos mentales.
- Los traslados de PPL se realizan a través del SEME.
- Mientras el MJ tenga la administración en salud, se dificulta la tarea del MSP y BS.

En cuanto al Hospital Psiquiátrico:

- Varias veces se reciben órdenes judiciales con el tiempo de internación que debe guardar la persona que cometió un hecho punible y tiene problemas mentales. Muchas veces, se reciben personas de las penitenciarías sin evaluación, el juez decide el tiempo de internación. Se reciben pocos casos con informes médicos [sic].
- Se cuenta con una guía de criterios para la admisión y manejo de los/las pacientes.
- En 2015, fueron 50, y en 2016 fueron 39 las personas que tuvieron externaciones.
- Cuestionaron el informe del MNP que hablaba del uso de terapia de electrochoques, y pidieron una investigación seria que incluya los avances del hospital, la revisión de fichas, las externaciones.

- La atención a pacientes psiquiátricos de las penitenciarías se hace a través de la Acordada N° 60/97 y su modificación N° 182/00, incluye la atención en Tacumbú y las regionales. Con la que mejor trabajan es con el Buen Pastor, que está mejor organizado. Para los traslados al Psiquiátrico, el MJ se encarga del pabellón psiquiátrico.
- Hay inconvenientes con los/las pacientes trasladados desde las penitenciarías, debido a que vienen con una “cultura carcelaria”. El Hospital Psiquiátrico no tiene guardias de seguridad especializado para manejar a los/las pacientes con dicha cultura.

El 10/10/16, luego de haber sido postergada varias veces, se realizó la reunión en la Dirección de Salud Penitenciaria, del Ministerio de Justicia. Asistió el Director, una Comisionada, un representante de la Dirección de Investigación del MNP, y uno de los investigadores. Las principales conclusiones fueron:

- Esta Dirección tiene actualmente dos planes: El Plan de Salud Integral y el Plan de Reinserción.
- En Tacumbú, está habilitado el pabellón psiquiátrico, con aproximadamente 30 internados; en Emboscada se piensa poner una unidad psiquiátrica. Pero la atención a esta población es limitada, pues no hay enfermería psiquiátrica, ni terapias ocupacionales para los pacientes.
- En cuanto a adicciones, se piensa crear pabellones en cada penitenciaría. Muchas veces tropezamos con el inconveniente de tener a pacientes usuarios de sustancias con condena; los cuales no son recibidos en el Psiquiátrico ni en el Centro Nacional de Adicciones.
- En cuanto a la discapacidad física, falta elaborar planes para esta población que queremos tienda a su inmediata excarcelación; pero muchas veces los jueces no quieren dejarlos salir por los delitos que han cometido.
- En cuanto a los enfermos de TB, hay lugares de aislamiento.
- Respecto a los Adultos Mayores, hemos avanzado, por ejemplo en Tacumbú los pasamos arriba en donde estaban las celdas privadas; además tienen un encargado. En otras penitenciarías no tenemos datos actualizados. Tenemos los protocolos de huelga de hambre y el de lesionados graves. Tenemos otros, pero falta la aprobación, ya que no están muy formalizados.

En cuanto al paradigma de Salud que manejan:

- En realidad es un modelo propio, basado en lo que dice la Constitución Nacional, la Ley Penitenciaria y el concepto de salud integral de la OMS, al cual se le añadió el componente espiritual. Este plan pensado así, falta que se apruebe.

En cuanto a la estructura organizacional y dotación de personal.

- La Dirección, tiene tres áreas: Médica, Salud Mental y Adicciones. Se pretende ampliar el plantel con la contratación de 33 profesionales para el año 2017.
- Actualmente, la Dirección cuenta con 200 profesionales psicólogos/as, trabajadores sociales, médicos, bioquímicos.
- Todos/as son funcionarios/as del MJ.

Provisión de insumos, medicamentos y control de stock.

- Los medicamentos son proveídos de tres formas: compra, vía MSP y BS, y por donaciones de los grandes laboratorios.
- No tenemos control exhaustivo, pues todo depende de lo que se pida en el momento.
- Una vez remitidos, los medicamentos o insumos son generalmente guardados por los directores/as, debido a que se registran muchos casos de pérdida en los establecimientos, o son sustraídos en caso de amotinamiento, como el que ocurrió en Itauguá.

Enfermedades Prevalentes:

- En Tacumbú es la sífilis, incluso más que el VIH.
- Uno de los problemas principales es que no hay mucha promoción ni prevención; se prioriza la atención.
- En todas las cárceles las enfermedades prevalentes son la TB, sífilis y micosis de piel.
- Son datos del Censo 2.013, que habíamos hecho juntamente con el MSP y BS, y la UTCD.
- No tenemos datos actualizados, pues no hay registros ni existe un sistema informatizado en salud.

Programas coordinados con el MSP y BS.

- Sólo los programas de TB y VIH, están coordinados con el MJ.

Como dato adicional cabe destacar que la estructura de la Dirección de Salud Penitenciaria del MJ, al momento de la recolección de los datos, constaba de:

- 1 Director
- 1 Coordinadora Médica
- 1 Coordinadora de Salud Mental
- 1 Coordinadora de Trabajo Social
- 1 Jefatura de Estadísticas
- 25 médicos/as
- 60 enfermeros/as
- 20 odontólogos/as
- 2 bioquímicos/as
- 35 psicólogos/as
- 20 trabajadores sociales
- 10 auxiliares de enfermería
- 2 psiquiatras

Las Penitenciarías para hombres, mujeres y los Centros Educativos para adolescentes infractores se encuentran en el ámbito de influencia del Ministerio de Justicia (MJ). Según la información pública del MJ se encuentra en vigencia el **Plan Nacional de Salud Integral y Reinserción Social en Establecimientos Penitenciarios y Centros Educativos - Periodo 2013-2018** (Ministerio de Justicia, 2013). La Dirección General de

Salud de Establecimientos Penitenciarios, Centros Educativos y Hogares de Abrigo fue creada por Decreto Presidencial N° 1730, del 27 de marzo de 2009 que reorganiza el Vice Ministerio de Justicia. Es la encargada de coordinar, formular y ejecutar acciones de prevención, detección, diagnóstico, educación, tratamiento y control sanitario de las personas privadas de libertad y la niñez en estado de vulnerabilidad albergada en los hogares de abrigo, en estricta observancia de las garantías y derechos fundamentales. Según expresa en el mismo: *“El presente Plan se dirige a resolver parte de la problemática compleja del sistema de salud penitenciario en Paraguay”.*

En cuanto al concepto de “Salud Integral” que se enuncia en el Plan:

El enfoque del trabajo de salud integral es en la persona en sus dimensiones física, mental, social y espiritual y en el caso de la PPL tiene como objetivo la transformación personal y la reinserción social plena. Se aplica con el trabajo de un equipo multidisciplinario que reúne a médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, odontólogos y capellanes que trabajan de manera coordinada e integrada. En este abordaje es posible llegar a las causas más íntimas de la conducta delictiva y construir una nueva orientación hacia una vida de paz, bienestar y de relaciones armónicas. El ser humano no ha sido creado para vivir derrotado por las adicciones y la pobreza, sino que tiene el potencial de crear, transformar, gobernar y esta visión de vida es necesaria instalar en la PPL.

Marco conceptual

En este apartado se realiza una reseña de los principales conceptos vinculados a la Salud dentro del paradigma de los Derechos Humanos, que sirven de parámetro tanto para el análisis de partida como para la presentación de los resultados de la Investigación, la que se centra en describir lo que sucede con respecto al Derecho a la Salud en los ámbitos de intervención del MNP.

El enfoque teórico y conceptual utilizado para el análisis deriva de los principios de Derechos Humanos, Derecho a la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Atención Primaria de la Salud, Salud Integral, Perspectiva de Género y no discriminación.

A continuación se desarrollan conceptos relacionados a la Salud Pública que fueron considerados en el análisis de la investigación:

Acceso Universal a la Salud (OPS/OMS, 2014):

Es la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

Atención Primaria de la Salud – APS (OPS, 2009):

Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Calidad de atención (WHO, 2009):

Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y en coherencia con los conocimientos científicos y profesionales del momento. Se refiere a la capacidad de los servicios de salud para dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, necesidades y demandas de salud de la población.

En cuanto al concepto de **Calidad de Vida**: Según la OMS (WHO, 1995) es:

“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.

Cobertura Universal de Salud (OPS/OMS, 2014):

Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, la cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento para que las personas puedan mejorar, conservar y recuperar su salud. Implica que los mecanismos de organización y financiación sean suficientes para cubrir a toda la población.

El Derecho a la Salud (ACNUDH-OMS, 2008):

Es un derecho inclusivo. Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud”. Son los siguientes:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuadas;
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- Igualdad de género.

El Derecho a la Salud implica algunas libertades. Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

El Derecho a la Salud comprende:

- El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud;
- El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha (vigilancia) contra ellas;
- El acceso a medicamentos esenciales;
- La salud materna, infantil y reproductiva;
- El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;
- El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud.

Derecho de las Personas Privadas de Libertad: El Estado es garante de derecho de todas las personas que viven en el territorio nacional. En cuanto a las PPL, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015) dice:

Frente a las personas privadas de libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna.

Equidad en Salud (Alleyne, 2002):

Desde el punto de vista del enfoque igualitario, se aplica a que no haya ninguna desigualdad injusta. La inequidad representa la existencia de diferencias en salud, entre personas o poblaciones, que son evitables, no deseadas y a cuya corrección puede procederse de algún modo.

Igualdad de Género en Salud:

La Declaración de Madrid de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), para avanzar hacia la igualdad de género, que ha impregnado las sucesivas recomendaciones de OMS (2002, 2007 y 2008) dice:

Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades. La igualdad de género supone la ausencia de discriminación basada en el sexo en cuanto a las oportunidades, la distribución de recursos o beneficios y el acceso a los servicios.

Por su lado, el **Maltrato** (Galeano & Balbuena, 2015):

Cualquiera sea el tipo, es considerado una manera violenta y nociva de relacionarse con el entorno, que repercute negativamente en el desarrollo psicosocial de las personas. El maltrato se agrava aún más cuando se da en edades tempranas como en la niñez y en la adolescencia, ya que son etapas evolutivas muy importantes del proceso de configuración de la personalidad y en la que se determinaría la conducta adulta, y en donde la educación y el aprendizaje son claves en la formación integral de las personas

Modelo de atención (OPS, 2009):

Es el conjunto de normas y procedimientos basados en valores y principios fundamentales que permitan orientar la entrega de los servicios de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos) integrando el uso de las tecnología disponible y adecuada, la gestión del conocimiento, la forma en que los recursos pueden ser utilizados, las

formas de participación social y de gobierno en función de las necesidades y expectativas en salud de la población.

Nivel de atención (Vignolo & Vacarezza, 2011):

Se define como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto o la puerta de entrada al sistema (APS). En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general. El tercer nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Prestaciones universales (OPS/OMS, 2003):

El término prestaciones hace referencia al conjunto de servicios o prestaciones que forman parte del sistema de salud, y que son objeto potencial de derechos y obligaciones. Las prestaciones universales son el conjunto de prestaciones que se garantizan a la totalidad de la población general.

Para (Martínez Hernández, 2013) la Salud Pública es *“el conjunto de intervenciones organizadas por la comunidad para prevenir las enfermedades, la discapacidad y la muerte prematura, así como para promover y restaurar la salud”*.

Sistema de Salud (OPS/OMS, 2010):

Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud de la población.

Concepto de Tortura. Según el Artículo 1° de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984):

Es todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.

Además implica *“La aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica”* (CIPST-OEA, 1985).

Unidad de Salud de la Familia – USF (MSPyBS, 2012):

Es la puerta de entrada al Sistema de Salud y la Red Integrada de Servicios de Salud, con un concepto de responsabilidad sanitaria sobre un territorio geográfico definido, buscando resolver la mayoría de los problemas de salud cerca de donde vive la gente. Una USF trabaja un Equipo de Salud de la Familia (ESF) compuesto por un/a médico/a, un licenciada/o en enfermería/obstetricia, un auxiliar-técnico en salud, agentes comunitarios de salud, un odontólogo (un odontólogo por cada dos USF) y un auxiliar administrativo en un territorio social determinado con una población adscripta de 3500 a 5000.

Políticas Públicas en Salud (OPS, 2009):

Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Incluyen:

- Políticas sistémicas: disposiciones que es preciso adoptar en los elementos constitutivos de los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios;
- Políticas de salud pública: intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud; y
- Políticas en otros sectores: contribuciones a la salud que pueden llevarse a cabo mediante la colaboración intersectorial.

En la elaboración de Políticas Públicas en Salud y la definición de los servicios de salud es importante tener en cuenta la existencia de características propias de la población por ciclo de vida, por lo que las intervenciones deberían considerar los grupos etarios, planteando políticas específicas. A fines de estandarizar, se plantea en general los siguientes grupos:

- **Primera infancia:** Etapa que va desde los de 0 a los 5 años (UNICEF, 2006), y en términos estratégicos hasta los 8 años (MEC-MSPyBS-SNNA, 2011). Incluye a recién nacidos, lactantes y pre-escolares.
- **Niñez:** Se considera a la población escolarizada aproximadamente de 6 los 10 años (UNFPA, 2002)
- **Adolescencia.** En el Plan Nacional de Niñez y Adolescencia 2010-2014 (MSPyBS, 2010) se consideraba desde los 10 a los 19 años. En la actual Política Nacional de Niñez y Adolescencia – POLNA 2014-2020 (SNNA, 2014) se considera el grupo de 14 a 17 años.
- **Juventud.** Considerado por la Secretaría Nacional de Juventud desde los 18 a los 29 años (SNJ, 2014).
- **Adultas y adultos.** Desde los 30 a los 59 años.
- **Adultas y adultos mayores.** Ley N° 1.885/02 “De las Personas Adultas Mayores” se reconoce a las personas de la tercera edad aquellas mayores de 60 años.

Cada una de estas etapas del ciclo vital tiene sus particularidades, vulnerabilidades, características, enfermedades prevalentes, factores de riesgo e intervenciones propias, por lo tanto se deben considerar las especificidades y abordajes diferenciados por ciclo de vida (CEPAL, 2005).

En Paraguay, en el marco del paradigma del Derecho a la Salud, el MSP y BS presentó las “**Políticas Públicas de Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013**” como eje de acción de la Salud Pública. Las mismas se sostenían en cuatro principios fundamentales:

- **Universalidad:** Es el derecho a la salud de todas las personas que habitan el Paraguay. Implica la satisfacción de las necesidades de todas y todos, a través de todas las respuestas que sean necesarias.
- **Equidad:** Significa el reconocimiento de que las personas tenemos necesidades distintas porque nos diferenciamos por condiciones sociales, edad, género, etnia, etc. (...) Para que esto sea posible se debe mirar la realidad desde la perspectiva de la justicia social y de un Estado de Bienestar.
- **Integralidad:** Parte de la concepción que la persona es una totalidad, por lo que hay que dar respuestas globales a sus necesidades, desde las más simples hasta las más complejas, en un espacio de relación con el medio ambiente, educación, vivienda y trabajo entre otros aspectos que hacen a la vida. (...) Una vida de calidad incluye la satisfacción de todos los derechos sociales pues éstos son indivisibles e interdependientes.
- **Participación social:** La participación social es el ejercicio del poder de cada una y cada uno, para transformar la esfera de lo público en función del bien común, es la posibilidad de que las personas construyan calidad de vida y salud como acción social y política.

En cuanto a las actuales políticas de gobierno, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2030 en su Estrategia 1.2 – Servicios Sociales de Calidad, se enuncia que:

“La salud consagra el disfrute de una vida plena, un mandato constitucional que garantiza la protección y promoción de la salud para todos los ciudadanos y ciudadanas. En respuesta a las necesidades de salud de la población, se plantea una propuesta de implementación de un Sistema Nacional de Salud integrado, universal, pertinente, integral, equitativo, con enfoque de derecho y con amplia participación social. El sistema dará énfasis a la eliminación de las barreras económicas y culturales para usufructuar los servicios de salud en el momento que lo requiera la población actuando de esta manera como un factor en la lucha contra la pobreza”.

En febrero del 2014 se firmó la Resolución N° 52/14 del MSP y BS en que se aprueba el “Plan Estratégico 2013-2018” y se modifican la Misión y Visión institucionales quedando enunciadas así:

MISIÓN: Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud con el fin de alcanzar la

cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud.

VISION: Ser un Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social eficaz, eficiente y transparente que garantiza el acceso efectivo de la población para la asistencia sanitaria integral y equitativa, que interviene sobre los determinantes de la salud en coordinación con otros sectores, promoviendo la participación activa de la ciudadanía en función al ejercicio de sus derechos.

En 2015 se lanzó igualmente la Política Nacional de Salud 2015-2030: “Avanzando hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, por Resolución ministerial N° 612/15, reza entre otros enunciados:

Con visión estratégica y liderazgo democrático, con esta Política unida a la Política Social y Económica Nacional se pretende que aumente la productividad y reduzca la pobreza, para ir construyendo todos juntos de manera ascendente y sostenida una mejor salud para todos y por todos los habitantes del país, con equidad social, étnica, cultural, generacional y de género, libre de todo tipo de discriminaciones.

Cabe destacar que ni en los documentos de políticas nacionales arriba descritos, como en ningún otro documento oficial y público, el MSP y BS reconoce como población meta de sus funciones a la población privada de libertad.

Marco metodológico

La Investigación fue planteada en **tres fases**,

- **La primera fase:** consulta y recopilación documental de fuentes secundarias/indirectas (estudios similares nacionales e internacionales, marco legal nacional, de derecho internacional, instrumentos de derechos humanos y otros) y fuentes primarias/directas (entrevistas y reuniones con referentes de los sistemas de Salud y Judicial a nivel nacional). En la revisión bibliográfica y búsquedas online se tomaron en consideración las informaciones y producción investigativa que se encontraban disponibles en materia sanitaria y en relación a la población en situación de encierro.
- **La segunda fase:** el trabajo de campo, con el relevamiento de los datos mediante la aplicación de las herramientas diseñadas, previa realización del análisis del muestreo y una prueba piloto para validación de los instrumentos. En esta etapa se contó con el apoyo de todo el equipo técnico de la Dirección de Investigación del MNP, desde donde fueron convocados pasantes, voluntarios/as y estudiantes de universidades con las cuales el MNP tiene convenios.
- **La tercera fase:** análisis de los datos, selección y análisis de las variables sociodemográficas y sanitarias, elaboración de los informes intermedios y el informe final.

Tipo de estudio: de carácter descriptivo ya que lo que se pretende es describir en parte la problemática encontrada, poner en evidencia las fallas del sistema y proponer posibles soluciones (Jenicek & Cleroux, 1993).

Corte del estudio: de corte transversal, porque se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández Sampieri & otros, 2.010) y en una población determinada, sin manipulación deliberada de variables, con una muestra aleatoria.

68 Enfoque del estudio: fue principalmente cuantitativo, con la finalidad de obtener datos objetivos y poder analizarlos sobre las variables incluidas en el estudio con las técnicas estadísticas pertinentes, además se incluyeron datos cualitativos en forma combinada (Alvira Martín, 2002), como la observación in situ y las reuniones con los principales actores del sistema de salud de las instituciones.

Delimitación temporal: las informaciones consultadas refieren a textos y publicaciones académicas realizadas desde 1997 hasta el 2016. La información del trabajo de campo se remite a lo recabado entre los meses de septiembre a diciembre del 2016.

Delimitación espacial: los ámbitos de abordaje fueron localizados según los ámbitos de intervención del MNP (MNP, 2016), los que están establecidos en el Artículo 6 de la Ley 4288/11 y abarca a más de 1.100 instituciones en su competencia en el país, entre: penitenciarias, centros educativos para adolescentes infractores, establecimientos policiales, militares o educativos con funciones similares a las

penitenciarias, establecimientos de internación para personas con discapacidad físicas o mentales y adicciones, entidades de abrigo para niños, niñas y adolescentes, hogares de personas mayores, unidades móviles de detención y aprehensión, lugares de tránsito de migrantes, tanto públicos como privados.

Población de estudio: Del total de los ámbitos del MNP, se seleccionaron los siguientes:

- a) Centros educativos
- b) Centro de adicciones
- c) Hogares de adultos y adultas mayores
- d) Hogares de niños, niñas y adolescentes
- e) Hospital Psiquiátrico
- f) Instituto superior de educación policial
- g) Liceo militar
- h) Penitenciarias

Muestreo

Universo: Según los datos disponibles en el momento de la definición de la muestra, las personas viviendo en situación de encierro en las instituciones que competen al MNP eran alrededor de 15.000.

Tipo de muestreo: por conglomerados, considerando la hipótesis de que la población de los ámbitos de intervención del MNP poseen características comunes, como la condición socioeconómica de pobreza, el lugar de origen, mismo grado de vulneración, etc. El conglomerado es “una parte de la población que contiene a los elementos de la muestra” (Alvarez Cáceres, 2007).

Criterio del muestreo: “se reducen costos, tiempo y energía, al considerar que muchas veces las unidades de análisis se encuentran encapsuladas o encerradas en determinados lugares físicos o geográficos, a los que se denomina racimos” (Hernández Sampieri & otros, 2.010).

Calculo del tamaño muestral:

$N = 15.000$ (tamaño de la población); $Z = 95\% = 1,96$ (nivel de confianza); $e = 5\% = 0.05$ (margen de error); $p+q = 1$ (varianza de la proporción).

$$\begin{aligned}
 & Z^2 \times p \times q & 3,84 \times 0,5 \times 0,5 \\
 \text{No} = & \frac{\text{-----}}{e^2} = \frac{\text{-----}}{0,0025} = 384 \\
 & & \\
 & \text{No} & 384 \\
 \text{N} = & \frac{\text{-----}}{1 + (\text{No} - 1)} = \frac{\text{-----}}{1 + (384 - 1)} = 383 \\
 & & \\
 & \text{N} & 150000
 \end{aligned}$$

Figura 4. Cálculo del tamaño muestral. Muestra representativa mínima. Elaboración Propia.

En las penitenciarías el tamaño de la población es mayor que en los demás ámbitos. La cantidad de personas a entrevistar en penitenciarias de varones se estableció en 220 y en penitenciarías de mujeres en 100, mientras que en los demás ámbitos se establecieron conglomerados compuestos por 25 personas por cada uno.

De esta manera, la muestra inicial propuesta consistió en 509 personas institucionalizadas y 16 proveedores/as de salud; pero finalmente en el Trabajo de Campo se realizaron un total de 517 entrevistas a personas institucionalizadas y 20 entrevistas a proveedores/as de salud de dichas instituciones.

Instrumentos de recolección de datos:

1. Entrevistas semiestructuradas por muestreo con aleatorización, a personas en situación de encierro; (adaptadas a cada población estudiada, según ámbito de intervención del MNP).
2. Entrevistas semiestructuradas a los principales actores del sistema de salud de las instituciones de encierro, gerenciales y prestadores de servicios.
3. Matriz de observación in situ de los sitios seleccionados, bajo parámetros de estudio.

Todos los instrumentos fueron de elaboración propia. Las entrevistas semiestructuradas se elaboraron con base en variables sociodemográficas, variables sanitarias, cumplimiento de Derechos Humanos relacionados con el Derecho a la Salud, aspectos de satisfacción sobre los servicios prestados (promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención y rehabilitación) condiciones de vida, incluyendo un apartado de percepción del estado de salud.

Tabla 2.

Esquema del instrumento. Personas institucionalizadas, usuarias de servicios de salud.

Esquema del cuestionario – entrevista semiestructurada - Usuarios/as	
Sección a. Percepción y satisfacción	
A.1. Información general	
- Características sociodemográficas	
A.2. Acceso a servicios en general	
- Acceso al agua potable - acceso y calidad de alimentación	
A.3. Acceso a servicios de salud	
Situaciones/condiciones específicas	A.3.1. Adultas/os mayores
	A.3.2. Discapacidad física
	A.3.3. Discapacidad psicosocial
	A.3.4. Usuarios/as de drogas
	A.3.5. Población LGBTI
	A.3.6. Población indígena
	A.3.7. Personas viviendo con VIH (PVV)
	A.3.8. Personas con tuberculosis
A.4. Seguridad e higiene	
A.5. Información sobre los servicios de salud	
A.6. Privacidad y confidencialidad de los servicios de salud	
A.7. Atención humanizada en los servicios de salud	
Sección b. Salud sexual y reproductiva	
B.1. Planificación familiar	
B.2. Infecciones de transmisión sexual	
Sección c. Condiciones de vida, trabajo y ambiente	
Sección d. Percepción del estado de salud	

Fuente: Elaboración propia.

En el instrumento para proveedores de salud se indagó sobre características sociodemográficas, conocimiento de normativa y protocolos de actuación sanitaria, servicios brindados y evaluación del sistema sanitario del ámbito de intervención.

Tabla 3.

Esquema del instrumento. Personal de salud, prestadores de servicios en la institución.

Esquema del cuestionario – entrevista semiestructurada –proveedores de salud
Sección A. ENTREVISTA
A.1. Información general
A.2. Planes, protocolos y normas
A.3. Servicios brindados en el establecimiento
A.4. Aspectos institucionales – establecimiento de salud
A.5. Calidad de la atención
A.6. Medicamentos disponibles
A.7. Derecho a la salud y derechos conexos
Sección B. COMENTARIOS FINALES
¿Qué sugerencia tiene para mejorar el sistema de salud institucional?

Fuente: Elaboración propia.

Prueba Piloto

La capacitación para la prueba piloto se realizó el 20 de setiembre de 2016. La prueba piloto se realizó desde el 21 hasta el 30 de setiembre, periodo en el cual se visitaron los lugares citados en la Tabla 4. Se realizaron 103 entrevistas: 95 a personas institucionalizadas y 8 a proveedores de salud de dichas instituciones. Las localidades fueron: Asunción, Areguá e Itauguá. Participaron en la prueba piloto un total de 14 voluntarios/as, 1 funcionario del MNP y 1 investigador.

Tabla 4.

Prueba Piloto. Lugares y cantidades.

PRUEBA PILOTO - ENTREVISTAS			
Fecha	Lugar	Usuarías/os	Proveed. de salud
21/09	Buen Pastor	13	1
	Tacumbú	20	1
22/09	H. Psiquiátrico	7	1
	C. Adicciones	6	1
28/09	La Esperanza	14	1
29/09	Santo Domingo	17	1
	Don Bosco Róga	5	1
30/09	ACADEMIL	13	1
	TOTALES	95	8

Fuente: Elaboración propia.

Es importante aclarar que la muestra de la Prueba Piloto fue excluida de la muestra general en el trabajo de campo.

Evaluación y validación de los instrumentos de recolección de datos: El 4 de octubre se realizó en el local del MNP una reunión de evaluación de los instrumentos, luego de la prueba piloto; los mismos se ajustaron con base en los resultados, la percepción de los encuestadores y el análisis de los investigadores.

72 Los instrumentos de recolección ajustados se anexan al final del presente informe.

Tanto la Prueba Piloto como el Trabajo de Campo se realizaron con el apoyo de un grupo de pasantes de universidades que tienen actividades académicas con el MNP, liderados por la Dirección de Investigación del MNP y uno de los investigadores.

Trabajo de Campo:

Se realizó del 20 de octubre al 20 de diciembre de 2016. Fueron entrevistadas 517 personas en situación de encierro y 20 Proveedores/as de Salud de 18 instituciones (se presenta el listado en la sección de exposición de datos)

El criterio de inclusión de instituciones en el Trabajo de Campo fue cubrir la mayor parte del territorio de la Región Occidental, según ejes representativos, norte, sur, este, oeste.

Al momento de la recolección de datos se explicitó a la población entrevistada el siguiente Protocolo del Encuestador/a con información de confidencialidad y el criterio de participación/exclusión de la muestra:

1) *Efectúe la introducción de referencia sobre los objetivos de esta encuesta y aclare a la persona encuestada que la información que va a proveer es confidencial y anónima.*

El artículo 8 de la ley 4288/11 del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura; se garantiza el derecho y reserva de la identidad a toda persona u organización que proporcione datos a la Comisión Nacional o cualquier organización que integre o colabore con el Mecanismo.

2) *Para participar de la encuesta la persona debe contestar AFIRMATIVAMENTE algunas de las opciones de la siguiente pregunta. En caso que no se cumpla el criterio, se le agradece su atención.*

a. *¿En los últimos 6 meses, ha consultado usted en la Sanidad?*

b. *¿Cuál fue el motivo por el que consultó la última vez?*

Participaron del trabajo de campo 17 voluntarias/os de San Pedro del Ycuamandiyú, 14 voluntarias/os de Ciudad del Este, 23 voluntarias/os de Capital y Central, 3 funcionarios, una Comisionada y un Comisionado del MNP y 2 investigadores.

A modo de devolución, luego de cada jornada se realizaron reuniones de evaluación del trabajo de relevamiento, por parte de las/os encuestadores y el equipo de investigación.

Formato para registro de base de datos

La carga y procesamiento de los datos se realizó entre el 26 de diciembre de 2016 y el 18 de febrero de 2017. Los datos recolectados en el Trabajo de Campo fueron procesados en los programas informáticos de paquete Office: Excel y Word. Cada cuestionario ha sido codificado alfanuméricamente, de modo a evitar confusiones a la hora de realizar la carga. La base de datos se generó en el programa Excel.

Análisis final de los datos

En un primer momento los hallazgos fueron presentados en forma numérica/porcentual, con tablas y gráficos y un esbozo de análisis derivado de los resultados. Luego de una devolución del equipo de investigación del MNP se procedió a seleccionar y priorizar una cantidad de datos suficientes para llegar a conclusiones relevantes, alineadas a los objetivos de la Investigación.

Para la elaboración del Informe Final de la Investigación se tuvieron en cuenta todos los pasos analíticos anteriores, desde la formulación del problema de estudio, el marco teórico/referencial, los paradigmas conceptuales, las hipótesis de investigación y el análisis de variables cuali-cuantitativas.

Se realizó una priorización de hallazgos a presentar y se describieron los mismos de acuerdo a los ámbitos de intervención del MNP, cruzando las variables en las poblaciones estudiadas, tanto de personas institucionalizadas como de proveedores de los servicios de salud, por dimensiones.

Los datos cuantitativos fueron tomados como cifras, analizados de forma numérica, y presentados en su mayoría en porcentajes, mientras que los datos cualitativos se presentaron en forma descriptiva, según dimensiones de análisis.

Descripción - Exposición de datos

A. Personas Institucionalizadas, Usuarios/os de Servicios de Salud

A continuación se desarrollan los hallazgos en lo que respecta a las personas institucionalizadas, usuarias de los Servicios de Salud. N: 517. A continuación se presentan los lugares visitados durante el Trabajo de Campo:

Tabla 5.

Ámbitos de intervención visitados en el Trabajo de Campo.

Ámbito de intervención / Lugar	Ciudad	Departamento
1. Centro educativo Virgen de Fátima	Asunción	Capital
2. Centro educativo Itauguá	Itauguá	Central
3. Centro Nacional de adicciones	Asunción	Capital
4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo	Asunción	Capital
5. Hogar de adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción	Asunción	Capital
6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía	Villarrica	Guairá
7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías	Presidente Franco	Alto Paraná
8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity	San Lorenzo	Central
9. Hospital Psiquiátrico	Asunción	Capital
10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz	Luque	Central
11. Liceo militar Acosta Ñu	Ñemby	Central
12. Penitenciaría Regional	San Pedro	San Pedro
13. Penitenciaría Regional	Ciudad del Este	Alto Paraná
14. Penitenciaría Juana de Lara	Ciudad del Este	Alto Paraná
15. Penitenciaría Juan de la Vega	Emboscada	Cordillera
16. Penitenciaría de Tacumbú	Asunción	Capital
17. Penitenciaría Casa del Buen Pastor	Asunción	Capital
18. Penitenciaría Regional	Villarrica	Guairá

Los hallazgos en los 18 lugares visitados se presentan en forma global, agrupando las poblaciones en 8 ámbitos de intervención del MNP.

A cada ámbito le corresponde una letra como se describe en la Tabla 6. Esta codificación se utiliza en toda la sección de Exposición de Datos.

Tabla 6.*Ámbitos de intervención del MNP (codificación)*

Ámbitos de Intervención del MNP
a) = Centros educativos
b) = Centro de adicciones
c) = Hogares de adultos y adultas mayores
d) = Hogares de niños, niñas y adolescentes
e) = Hospital Psiquiátrico
f) = Instituto superior de educación policial
g) = Liceo militar
h) = Penitenciarias

Fuente: Elaboración propia.

Características generales de la población estudiada.

De las personas entrevistadas, usuarias de los servicios de salud en los ámbitos de intervención del MNP, en forma global, 71,6% son hombres y 28,4% mujeres. El 1,2% de la muestra se reconoce perteneciente a un pueblo indígena. El 2,5% refieren ser LGBTI. El 2,1% son extranjeros/as. El 5,6% son adultos y adultas mayores. El 5,4% tiene alguna discapacidad física. El 5% tiene alguna discapacidad psicosocial. El 31,1% consume o consumió algún tipo de droga. El 0,6% vive con VIH. El 2,5% tiene diagnóstico de tuberculosis. El 0,8% son mujeres gestantes. El 0,6% son mujeres en etapa de lactancia. El 0,8% son mujeres conviviendo con sus hijos o hijas. El 17,2% procede del campo y el 82,8% procede de zonas urbanas.

Tabla 7.*Características de la población. Usuarias/os de servicios de salud.*

→ El 71,6% hombres
→ El 28,4% mujeres.
→ El 1,2% pueblos indígenas.
→ El 93% heterosexuales.
→ El 2,5% población LGBTI.
→ El 5,6% adultas/os mayores.
→ El 5,4% con discapacidad física.
→ El 5% con discapacidad psicosocial.
→ El 31,1% usuarias/os de drogas.
→ El 0,6% vive con VIH.
→ El 2,5% vive con TB.
→ El 0,8% embarazadas.
→ El 0,6% mujeres en lactancia.
→ El 0,8% viven con sus hijos o hijas.
→ El 17,2% procede del campo
→ El 82,8% procede de zonas urbanas.
→ El 2,1% extranjeros/as.
→ El 54,6% personas bilingües: español/guaraní
→ El 77% solteras/ros
→ Rango de edad de 9 a 88 años.
→ Desde personas no escolarizadas hasta profesionales universitarios.
→ Personas que estaban institucionalizadas por unas horas hasta por 18 años.

Fuente: Elaboración propia.

Características Sociodemográficas

Rango de edad

Los rangos de edad varían sustancialmente entre instituciones, además de presentar ciertas particularidades. En los Centros educativos para adolescentes y en los Hogares de NNA, se encontraban personas con 18 años cumplidos (Ley 1.680/01 Código de la niñez y la adolescencia; modificatoria 2.169/03, artículo 3: c) mayor de edad: toda persona humana desde los 18 años de edad).

En los Centros Educativos, esto se debe a que se ha resuelto, en coordinación con la SENAAI y los Juzgados de Ejecución Penal, permitir a aquellos infractores juveniles que han sido condenados siendo adolescentes continuar en el establecimiento para menores de edad, para no interrumpir el proceso de reeducación en que se encuentra, y evitar fundamentalmente los efectos traumáticos de los penales de adultos.

En los hogares de adultos y adultas mayores, habían personas de 50 años (Ley 1.183/85 Código civil; modificatoria 1.885/02, artículo 1: La presente ley tiene por finalidad tutelar los derechos e intereses de las personas de la tercera de edad, entendiéndose por tales a los mayores de sesenta años). Esto se debe, sobre todo, al agravante de la situación de abandono más la discapacidad que presentan algunos/as internos/as, incluso antes de los 60 años.

En el Liceo Militar se encontraron personas menores de 18 años, indagando acerca de los requisitos para ingresar a la institución (LICEMIL, 2017), entre otros se citan los siguientes: -Poseer buena salud y desarrollo físico compatible con las exigencias del Servicio Militar. -Tener aprobado el 9º Grado de la E.E.B. -Estar comprendido entre las edades de 14 y 18 años cumplidos en el año.

En ocasión del seguimiento al “Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en conflictos armados”, el Estado Paraguayo respondió (OHCHR, 2013):

“Es importante mencionar, que Liceo Militar Acosta Ñu cuenta con un programa de instrucción militar, el cual contempla solo instrucciones teóricas sin armas para los jóvenes menores de 18 años. Solo se instruye con armamentos a aquellos que hayan cumplido la mayoría de edad”.

Tabla 8*Rangos de edad. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Menor	Mayor
a) Centros educativos	15	18
b) Centro de adicciones	13	34
c) Hogares de adultos y adultas mayores	50	88
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	9	18
e) Hospital Psiquiátrico	23	57
f) Instituto superior de educación policial	19	23
g) Liceo militar	15	48
h) Penitenciarías	18	75

Fuente: Elaboración propia.

Idiomas hablados

En todos los lugares visitados, el idioma más hablado por las personas institucionalizadas es la mezcla del guaraní/español (jopará); quienes hablan exclusivamente guaraní están en segundo lugar, en tercer término se ubican las personas que hablan exclusivamente español, y en último lugar quienes hablan exclusivamente portugués.

Asimismo, en las penitenciarías se entrevistaron a personas que además de los idiomas mencionados, hablaban inglés e italiano.

Tabla 9*Idiomas hablados. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Español	Guaraní	Portugués	Guaraní y español	Español y portugués	Guaraní, español y portugués	Guaraní, español e inglés	Guaraní, español, portugués e italiano
a)	8,5%	11,9%		79,7%				
b)	9,5%	19,0%		66,7%			4,8%	
c)	16,0%	20,0%		64,0%				
d)	11,5%	7,7%		80,8%				
e)		30,0%		70,0%				
f)	16,0%			80,0%			4,0%	
g)	14,8%			85,2%				
h)	10,8%	14,2%	0,9%	71,6%	0,3%	1,2%	0,6%	0,3%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Estado civil

El 77% de las personas entrevistadas declararon ser solteras y solteros; 9% casadas/os; 9% en pareja estable (unión de hecho o concubinato), 3% separadas/os; 1% viudos/as y 1% divorciados/as.

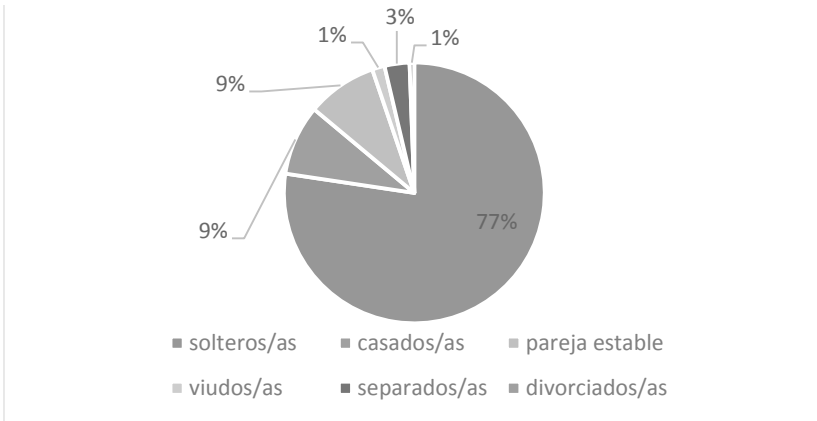


Figura 5 Rangos de edad. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

Analizando por ámbito de intervención, un dato llamativo se da en los centros educativos de adolescentes, donde el 5,1% de los/as adolescentes entrevistados están en uniones de hecho. Entre las personas adultas mayores entrevistadas hay 20% de viudas/os.

Tabla 10

Estado Civil por ámbitos. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Soltero/a	Casado/a	Unido/a de Hecho	Viudo/a	Separado	Divorciado
a) Centros educativos	94,9%		5,1%			
b) Centro de adicciones	90,5%		4,8%		4,8%	
c) Hogares de adultos y adultas mayores	72,0%			20,0%	8,0%	
d) Hogares de NNA	100,0%					
e) Hospital Psiquiátrico	60,0%	10,0%	10,0%		10,0%	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	100,0%					
g) Liceo militar	74,1%	11,1%	7,4%		7,4%	
h) Penitenciarías	71,0%	12,7%	11,7%	0,9%	3,1%	0,6%

Fuente: Elaboración propia.

Sexo biológico

Como sexo biológico nos referimos al sexo asignado en el nacimiento con base en las características genitales externas. El sexo biológico se basa en la anatomía como femenino, masculino o intersexual. Son las características biológicas que definen a los seres humanos como femeninos o masculinos. (IPPF, 2010)

En la mayoría de las instituciones visitadas se ha entrevistado a un mayor porcentaje de varones, salvo en los hogares de adultos/as mayores con 52% de mujeres encuestadas.

Tabla 11

Sexo biológico. Personas institucionalizadas

Ámbitos de intervención del MNP	Hombre	Mujer
a) Centros educativos	84,7%	15,3%
b) Centro de adicciones	90,5%	9,5%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	48,0%	52,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	61,5%	38,5%
e) Hospital Psiquiátrico	90,0%	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	72,0%	28,0%
g) Liceo militar	96,3%	3,7%
h) Penitenciarías	67,9%	32,1%

Fuente: Elaboración propia.

Analizando por ámbito de intervención, llama la atención que en cada uno de ellos exista un predominio de hombres. En Centros Educativos y Penitenciaría tal vez se relacione con la menor proporción de mujeres que tienen problemas de conflicto con la ley.

La proporción de personas usuarias de drogas es mucho mayor en hombres, al igual que los usuarios del Hospital Psiquiátrico.

Los niños son mucho más numerosos que las niñas en los hogares de abrigo. Los hombres superan a las mujeres en número en el instituto policial y donde más se ve la desproporción de sexo es en el liceo militar.

En la Figura 6 se grafican las proporciones de sexo por ámbito de intervención.

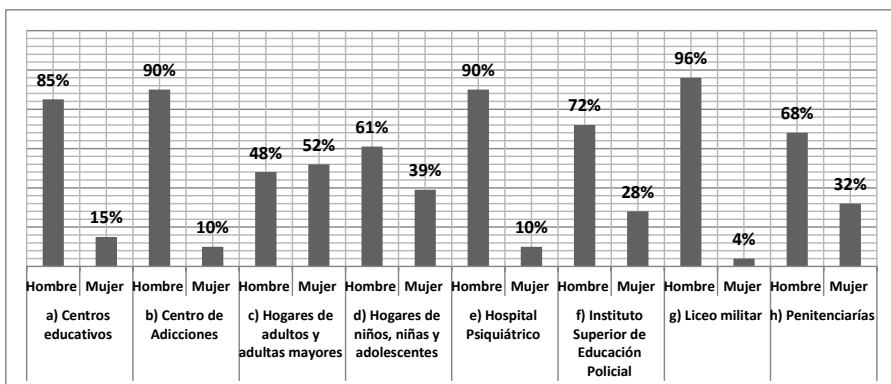


Figura 6. Proporción por sexo, por ámbito de intervención. Fuente: Elaboración Propia.

Identidad de Género y Orientación Sexual

El Género se refiere a los atributos biológicos, legales, económicos, sociales y culturales, así como a las oportunidades asociadas con el hecho de ser hombre o mujer. La Identidad de Género son los sentimientos respecto al propio género y rol de género (IPPF, 2010).

Por su parte la orientación sexual se refiere a la atracción sexual primaria al mismo sexo, al sexo opuesto, o a ambos sexos. La mayoría de las sociedades encuentra difícil aceptar que la homosexualidad o la bisexualidad son una parte universal de la sexualidad humana. Muchas personas que son gays, lesbianas o bisexuales no experimentan ni desean una elección en su orientación sexual (IPPF, 2010).

Un documento importante para abordar la temática de la diversidad sexual es el que contiene los Principios de Yogyakarta (Principios de Yogyakarta, 2010), que si bien no es un instrumento ratificado por los Estados parte de la ONU, es un documento que recoge una serie de principios relativos a la orientación sexual e identidad de género, con la finalidad de orientar la interpretación y aplicación de las normas del Derecho internacional de los Derechos Humanos. En cuanto al derecho de toda persona privada de su libertad a ser tratada humanamente expresa:

“Los Estados establecerán medidas de protección para todas las personas privadas de su libertad que resulten vulnerables a la violencia o los abusos por causa de su orientación sexual, identidad de género o expresión de género y asegurarán que dichas medidas no impliquen más restricciones a sus derechos de las que experimenta la población general de la prisión, en la medida en que esto pueda llevarse razonablemente a la práctica”.

En el mismo documento se realizan definiciones sobre:

“Orientación sexual se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas”.

“Identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

En forma general, el 93% de las personas entrevistadas refirieron ser heterosexuales, ésta tendencia es igual en cada una de las instituciones.

En general, el 2,51% de las personas entrevistadas refirieron ser de la diversidad sexual, concepto que engloba las identidades de género y orientaciones sexuales no heterosexuales.

En particular, en centros educativos, el 1,7% de las personas se refirieron a sí mismas como bisexuales y 3,4% como gays. En las penitenciarías 2,2% refirieron ser bisexuales, 0,3% gays y 0,6% dijeron ser de la comunidad trans*. No se encontraron mujeres que refieran ser lesbianas en la muestra.

Pese al expreso compromiso de confidencialidad de todas las respuestas, el 4,5% de las personas entrevistadas demostró resistencia y no respondió esta pregunta.

Tabla 12

Identidad de Género y Orientación Sexual. Personas institucionalizadas.

81

Ámbitos de intervención del MNP	Hetero	Bisexual	Gay	Trans	NS/NR
a) Centros educativos	81,4%	1,7%	3,4%		13,6%
b) Centro de adicciones	95,2%	4,8%			
c) Hogares de adultos y adultas mayores	100,0%				
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	100,0%				
e) Hospital Psiquiátrico	100,0%				
f) Instituto superior de educación policial	100,0%				
g) Liceo militar	100,0%				
h) Penitenciarías	92,6%	2,2%	0,3%	0,6%	4,3%

Fuente: Elaboración propia.

Rangos de estadía

Una de las recomendaciones realizadas en sucesivas revisiones del cumplimiento de los DDHH al Estado es la de bajar lo máximo posible el rango de estadía en el hospital Psiquiátrico e implementar acciones de Salud Mental de nivel comunitario (ONU, 2016), sin embargo se encontró que los lugares donde las personas institucionalizadas permanecen por más tiempo son el Hospital Psiquiátrico (hasta 18 años) y las penitenciarías (hasta 17 años).

En el caso de las penitenciarías y centros educativos, la alta cantidad de personas que pasan recluidas sin condena es alarmante como expresaba el MNP en su Informe de Gestión 2015: “Para fines de 2015, el 77,7% de las personas privadas de libertad en establecimientos penitenciarios de la República son presos sin condena” (MNP, 2016).

En el caso de los centros educativos, en un estudio del MNP (Galeano & Balbuena, 2015) el 95% de los adolescentes varones y el 100% de las adolescentes mujeres se encontraba sin condena.

Por otro lado, el lugar donde menos tiempo permanecen las personas entrevistadas es el Centro Nacional de Adicciones ya que los pacientes tienen un tiempo límite de internación.

Tabla 13

Rangos de estadía. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Años	Meses	Días
a) Centros educativos	1 - 4	1 - 11	1 - 25
b) Centro de adicciones	1 - 1	1 - 1	1 - 25
c) Hogares de adultos y adultas mayores	1 - 9	2 - 6	
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	1 - 5	2 - 10	7 - 7
e) Hospital Psiquiátrico	1 - 18	2 - 8	
f) Instituto superior de educación policial	1 - 3	9 - 10	
g) Liceo militar	1 - 12	9 - 11	
h) Penitenciarías	1 - 17	1 - 11	2 - 22

Fuente: Elaboración propia.

Lugar de nacimiento

Las ciudades donde nacieron con mayor frecuencia las personas entrevistadas son: Asunción, Luque, Ciudad del Este, Fernando de la Mora, Caaguazú, Concepción y Capiatá.

Tabla 14**Lugar de nacimiento**

Lugar de nacimiento	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Alto Paraná	8,6%	4,8%	9,1%	38,1%		4,3%	12,0%	9,3%
Amambay			4,5%					0,4%
Asunción	34,5%	33,3%	18,2%	38,1%	30,0%	39,1%	16,0%	39,4%
Caaguazú	3,4%		4,5%	4,8%		8,7%	8,0%	5,7%
Caazapá			13,6%				8,0%	1,6%
Central	41,4%	33,3%	9,1%	19,0%		17,4%	24,0%	20,7%
Concepción	1,7%		9,1%		20,0%		4,0%	4,1%
Cordillera			9,1%		10,0%	8,7%	8,0%	5,7%
Guairá	1,7%		13,6%		10,0%	4,3%	4,0%	
Itapúa		19,0%						2,8%
Misiones	1,7%					4,3%		
Neembucú						4,3%		
Paraguarí		4,8%	4,5%		10,0%	8,7%	8,0%	2,4%
Pte. Hayes	3,4%							0,4%
San Pedro	3,4%		4,5%		20,0%		8,0%	2,4%
Extranjero		4,8%						4,9%

Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

En la Tabla 14 se ve los lugares de nacimiento agrupados por Departamento del país.

Lugar de procedencia

La pregunta realizada fue: *¿Dónde vivías antes de ingresar a este lugar?*

En general, las ciudades de donde más proceden (donde residían las personas antes de ingresar a las instituciones) las personas institucionalizadas fueron: Asunción, Luque, Ciudad del Este, Capiatá, San Lorenzo y Fernando de la Mora.

Tabla 15**¿Dónde vivías antes de ingresar a este lugar?**

Lugar de procedencia	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Alto Paraná	1,7%	5,0%	4,2%	46,2%		4,5%	15,4%	12,2%
Amambay	1,7%							0,3%
Asunción	30,5%	25,0%	45,8%	34,6%	40,0%	9,1%	11,5%	28,8%
Boquerón								0,3%
Caaguazú	1,7%			3,8%		4,5%		1,9%
Caazapá			8,3%					1,0%
Canindeyú		5,0%						1,3%
Central	55,9%	50,0%	12,5%	15,4%		50,0%	65,4%	39,7%
Concepción	1,7%		8,3%		20,0%			0,3%
Cordillera			4,2%			9,1%		1,9%
Guairá	1,7%		16,7%		10,0%	4,5%		0,3%
Itapúa		10,0%						1,0%
Misiones								0,3%
Neembucú		5,0%				4,5%		
Paraguarí	1,7%				10,0%	9,1%	7,7%	1,6%
Pte. Hayes	3,4%					4,5%		1,0%
San Pedro					20,0%			3,8%
Extranjero								4,2%

Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

En la Tabla 15 se ven los lugares de nacimiento agrupados por departamento del país.

Zona de procedencia

La totalidad de las personas entrevistadas en el Centro de Adicciones, al igual que el 100% de los niños y niñas de los hogares de abrigo proceden de zonas urbanas. Así también el 96,3% de las personas internas en el Liceo militar, 85,2% de las PPL, el 81,4% de las y los adolescentes en los centros educativos y el 68% de las personas adultas mayores, todos/as procedentes de ciudades.

En menor proporción en el Instituto Policial, 68%, acudieron desde zonas urbanas. Sólo en el Hospital Psiquiátrico se da una relación de 50% urbana y 50% rural.

Tabla 16

Zona de procedencia. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Rural	Urbana
a) Centros educativos	18,6%	81,4%
b) Centro de adicciones		100,0%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	32,0%	68,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes		100,0%
e) Hospital Psiquiátrico	50,0%	50,0%
f) Instituto superior de educación policial	44,0%	56,0%
g) Liceo militar	3,7%	96,3%
h) Penitenciarías	14,8%	85,2%

Fuente: Elaboración propia.

Escolaridad

Los niveles más bajos de escolarización (zona gris de la Tabla 17), entiéndase no escolarizados hasta los que no han culminado la EEB, se da en hogares de adultos y adultas mayores (c) 95%, hogares de NNAs (d) 88,5%, centros educativos (a) 74%, Hospital Psiquiátrico (e) 60%, penitenciarías (h) 55,7% y Centro Nacional de Adicciones (b) 47,6%.

Los niveles más altos de escolarización, entiéndase bachillerato concluido hasta tecnicatura superior o carrera universitaria culminada o cursando, se da en el Instituto Superior de Educación Policial (f) 100%, Liceo Militar (g) 65,5%, Hospital Psiquiátrico (e) 40%, penitenciarías (h) 23,3%, Centro de Adicciones (b) 14,3%, y Centro educativo de adolescentes (a) 4%.

Tabla 17

Escolaridad. Personas institucionalizadas.

Último grado o curso aprobado	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
No escolarizado/a			10,0%					3,5%
1º grado	2,0%	4,8%	5,0%					1,3%
2º grado	2,0%		10,0%	15,4%	10,0%			2,5%
3º grado	6,0%	4,8%	5,0%	11,5%	10,0%			5,1%
4º grado	12,0%	4,8%	15,0%	11,5%	10,0%			5,7%
5º grado	6,0%		25,0%	26,9%				5,4%
6º grado	16,0%	4,8%	20,0%	19,2%	30,0%			13,7%
7º grado	20,0%	19,0%						9,2%

8° grado	10,0%	9,5%	5,0%	3,8%				9,2%
9° grado	12,0%	28,6%					6,9%	10,8%
1° de la media	4,0%	9,5%		7,7%			3,4%	5,4%
2° de la media	6,0%		5,0%	3,8%			24,1%	5,7%
Bachiller completo	4,0%	14,3%			40,0%	56,0%	27,6%	14,3%
1° universidad/tecnicatura superior						8,0%		2,5%
2° universidad/tecnicatura superior						12,0%	10,3%	1,3%
3° universidad/tecnicatura superior						16,0%	6,9%	1,0%
4° universidad/tecnicatura superior						8,0%		0,3%
Universidad/tecnicatura completa							20,7%	2,9%

Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarias

Población indígena

El III Censo Nacional de Población y Vivienda para pueblos indígenas 2.012, arrojó como resultado un total de 117.150 indígenas viviendo en el Paraguay (DGEEC, 2012).

En tres de las instituciones se encontraron personas indígenas: Centros educativos 3,4%, Hogares de adultos y adultas mayores 4% y en penitenciarías 0,9%.

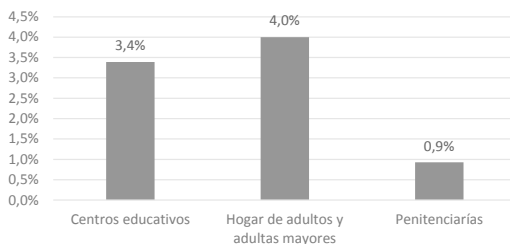


Figura 7. Población Indígena. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los pueblos indígenas a los que pertenecen, quienes respondieron refirieron ser de los pueblos Ava Guaraní y Mbya. Un dato llamativo es que el 50% de las personas que se reconocieron como indígenas durante la investigación, no sabían a qué pueblo pertenecían.

Agua, Higiene y Saneamiento

Provisión de agua potable

La consulta concreta realizada fue si cuentan con provisión continua de agua potable en la institución, que incluye el agua segura para beber, lavar y preparar alimentos.

El 16,1% de las personas entrevistadas en las penitenciarías, 8,5% de los/as adolescentes y 7,7% en hogares de NN, refirieron que no tienen acceso a agua potable y el 35,4% en penitenciarías, 20% en el Hospital Psiquiátrico y 20,3% en centros educativos, respondió que la provisión de agua de consumo no es de manera continua.

La Observación Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU-CDESC, 2000) expresa que *“la Salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”* (ONU-CDESC, 2000).

Dice además: *“El derecho a la salud implica una serie de elementos esenciales e interrelacionados, entre ellos la disponibilidad de los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”*.

El hecho que en los ámbitos de encierro no se cuente con disponibilidad de agua potable en forma continua expone a la población cautiva a situaciones de vulneración de la salud, como explica la OMS en su Nota descriptiva sobre el Agua (OMS, 2016):

El agua contaminada y el saneamiento deficiente están relacionados con la transmisión de enfermedades como el cólera, otras diarreas, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis. Los servicios de agua y saneamiento inexistentes, insuficientes o gestionados de forma inapropiada exponen a la población a riesgos prevenibles para su salud. Esto es especialmente cierto en el caso de los centros sanitarios en los que tanto los pacientes como los profesionales quedan expuestos a mayores riesgos de infección y enfermedad cuando no existen servicios de suministro de agua, saneamiento e higiene.

Tabla 18

Provisión de agua potable. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	71,2%	20,3%	8,5%
b) Centro de adicciones	100,0%		
c) Hogares de adultos y adultas mayores	100,0%		
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	92,3%		7,7%
e) Hospital Psiquiátrico	80,0%	20,0%	
f) Instituto superior de educación policial	100,0%		
g) Liceo militar	100,0%		
h) Penitenciarías	48,4%	35,4%	16,1%

Fuente: Elaboración propia.

Acceso a agua para baño o aseo

En este ítem se indagó y diferenció sobre la disponibilidad de acceso al agua utilizada para aseo personal y en los baños de las instituciones.

El 5,1% de las personas en los centros educativos de adolescentes respondió que no acceden al agua para higiene personal, y el 15,3% dijo que la provisión no es continua. En las penitenciarías, el 10% respondió que no acceden a agua para aseo, y el 29,9% dijo que accede a veces.

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (UNODC, 2015) en cuanto a Higiene Personal, expresa: “Se exigirá de los reclusos aseo personal y a tal efecto dispondrán de agua y de los artículos de aseo indispensables para su salud y limpieza”.

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 24, habla de combatir las enfermedades y la malnutrición mediante, entre otras cosas, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre.

En su Observación General Nº 15, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU-CDESC, 2002), aclaró el alcance y el contenido del Derecho al Agua, explicando qué significa disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico.

El mismo documento, en otro apartado, dice: Según el PNUD, *cada año mueren alrededor de 1,8 millones de niños por diarrea y otras enfermedades provocadas por el agua insalubre y las condiciones deficientes de saneamiento, cifra que es muy superior a la de las víctimas causadas por los conflictos armados.*

Tabla 19

Provisión de agua para baño o aseo. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	79,7%	15,3%	5,1%
b) Centro de adicciones	100,0%		
c) Hogares de adultos y adultas mayores	100,0%		
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	96,2%		3,8%
e) Hospital Psiquiátrico	80,0%	20,0%	
f) Instituto superior de educación policial	100,0%		
g) Liceo militar	100,0%		
h) Penitenciarías	60,1%	29,9%	10,0%

Fuente: Elaboración propia.

Motivos de falta de agua

Los lugares que refirieron mayores problemas en la falta de agua (tanto potable como para aseo) fueron los centros educativos, hogares de niños, niñas y adolescentes, hospital psiquiátrico y penitenciarías.

Las causas más nombradas por las personas entrevistadas fueron los cortes ocasionales y la orden de restricción, especialmente de los horarios nocturnos.

Es oportuno recordar lo que expresa la OEA, por medio de los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” (CIDH, 2008) *“Toda persona privada de libertad tendrá acceso en todo momento a agua potable suficiente y adecuada para su consumo. Su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, deberá ser prohibida por la ley”.*

Tabla 20

Provisión de agua potable. Personas institucionalizadas.

<i>Motivos de falta de agua</i>	a)	d)	e)	h)
A veces termina, no se sabe el motivo	8,3%			2,7%
Agua no potable				1,4%
Baja presión				2,3%
Caños rotos	8,3%			0,9%
Casi nunca tienen agua				0,9%
Clima caluroso				2,3%
Cortes ocasionales	54,2%	100,0%	75,0%	53,2%
Cortes programados	12,5%			14,0%
Escasos sanitarios				0,5%
Motor descompuesto o mal funcionando	8,3%			5,0%
Población numerosa				1,4%
Orden de restricción	4,2%		25,0%	15,8%
Se corta mucho, la luz también	4,2%			

Fuente: **Elaboración Propia.**

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

Alimentos proveídos en las instituciones

Calidad

Según el documento de Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (CIDH, 2008):

Las personas privadas de libertad tendrán derecho a recibir una alimentación que responda, en cantidad, calidad y condiciones de higiene, a una nutrición adecuada y suficiente, y tome en consideración las cuestiones culturales y religiosas de dichas personas, así como las necesidades o dietas especiales determinadas por criterios médicos. Dicha alimentación será brindada en horarios regulares, y su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, deberá ser prohibida por la ley.

Se entiende por “calidad de alimentos” según parámetros del INAN¹ (MSPyBS, 2015) a la ingestión de alimentos preparados en forma higiénica y que contengan las proporciones de grupos de nutrientes según recomendaciones internacionales.

Las personas entrevistadas fueron indagadas acerca de su percepción sobre la

¹Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

calidad de los alimentos que reciben en las instituciones, en general, por institución la mayoría respondió que la calidad es buena, excepto en las penitenciarías, donde casi la mitad de quienes fueron encuestados refirieron que la comida es de mala calidad.

Tabla 21

Calidad de Alimentos. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Buena	Regular	Mala
a) Centros educativos	64,4%	28,8%	6,8%
b) Centro de adicciones	95,2%	4,8%	0,0%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	79,2%	12,5%	8,3%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	76,9%	23,1%	0,0%
e) Hospital Psiquiátrico	70,0%	10,0%	20,0%
f) Instituto superior de educación policial	52,0%	44,0%	4,0%
g) Liceo militar	77,8%	22,2%	0,0%
h) Penitenciarías	18,4%	34,6%	47,0%

Fuente: Elaboración propia.

Consumo de Alimentos

Para indagar acerca de las cantidades necesarias de cada grupo de alimentos se utilizó como parámetro los criterios de las Guías Alimentarias del Paraguay, elaboradas por el INAN (MSPyBS, 2015).

a) Consumo de cereales, tubérculos y derivados

El consumo recomendado de este grupo alimenticio es de una frecuencia diaria (al menos una vez al día). Sin embargo esto sólo se dio en los hogares de NNA y en menor medida en los hogares de Adultos/as Mayores. 15,3% de los/as adolescentes en los Centros Educativos y 17,2% de las PPL refirieron que no se cumple.

Tabla 22

Consumo de cereales, tubérculos y derivados. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	79,7%	5,1%	15,3%
b) Centro de adicciones	76,2%	19,0%	4,8%
c) Hogar de adultos y adultas mayores	86,4%	13,6%	
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	71,4%	28,6%	
f) Instituto superior de educación policial	88,0%	4,0%	8,0%
g) Liceo militar	74,1%	18,5%	7,4%
h) Penitenciarías	77,6%	5,2%	17,2%

Fuente: Elaboración propia.

b) Consumo de frutas:

El consumo ideal de frutas es de 2 unidades (o 250 gr.) por día. El 53,4% de las personas entrevistadas en los centros educativos respondió que esto no se cumple, al igual que el 61,1% de quienes fueron entrevistados/as en las penitenciarías.

Tabla 23*Consumo de frutas. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	13,8%	32,8%	53,4%
b) Centro de adicciones	66,7%	28,6%	4,8%
c) Hogar de adultos y adultas mayores	65,2%	21,7%	13,0%
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	92,3%	3,8%	3,8%
e) Hospital Psiquiátrico	12,5%	62,5%	25,0%
f) Instituto superior de educación policial	62,5%	33,3%	4,2%
g) Liceo militar	51,9%	44,4%	3,7%
h) Penitenciarías	22,4%	16,5%	61,1%

Fuente: Elaboración propia.

c) Consumo de verduras:

Consultadas las personas sobre el consumo real de verduras, siendo el parámetro de consumo ideal 250 gr. todos los días, el 15,3% de las/os adolescentes en centros educativos respondió que no se cumple, al igual que el 14,3% de personas en el Hospital Psiquiátrico y 32,7% en las penitenciarías.

Tabla 24*Consumo de verduras. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	79,7%	5,1%	15,3%
b) Centro de adicciones	100,0%		
c) Hogar de adultos y adultas mayores	91,3%		8,7%
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	57,1%	28,6%	14,3%
f) Instituto superior de educación policial	88,0%	12,0%	
g) Liceo militar	100,0%		
h) Penitenciarías	60,8%	6,5%	32,7%

Fuente: Elaboración propia.

La Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS, 2004) recomienda como objetivo poblacional la ingesta de un mínimo de 400 g diarios de frutas y verduras (excluidas las papas y otros tubérculos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes, sobre todo en los países menos desarrollados.

d) Leche y derivados:

Considerando que el consumo esperado de leche y derivados es como sigue: 2 a 4 raciones diarias de leche, queso, o yogur en los adultos; de 2 a 3 raciones en niños; de 3 a 4 en embarazadas, lactantes y adolescentes; de 3 a 4 raciones en mujeres mayores de 60 años y de 2 a 3 raciones en hombres de la misma edad. Un vaso de leche es igual a una ración. La respuesta fue que ello no se cumple para el 13,6% de las/os adolescentes en los Centros Educativos, al igual que para el 45,2% de las PPL.

Tabla 25*Consumo de leche y derivados. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	62,7%	23,7%	13,6%
b) Centro de adicciones	66,7%	28,6%	4,8%
c) Hogar de adultos y adultas mayores	73,9%	26,1%	
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	62,5%	25,0%	12,5%
f) Instituto superior de educación policial	56,0%	36,0%	8,0%
g) Liceo militar	63,0%	33,3%	3,7%
h) Penitenciarias	29,9%	24,9%	45,2%

Fuente: Elaboración propia.

e) Carnes, legumbres secas y huevos:

Se consideró el consumo recomendado de carnes, legumbres secas y huevos, fuentes primarias de proteínas las cuales se aconsejan al menos 2 a 3 veces por semana. En ese sentido, el 3,4% de los/as adolescentes en centros educativos y el 19,9% de las personas en las penitenciarias respondió que ello no se cumple, así como el 12,5% de las personas en el Hospital Psiquiátrico.

Tabla 26*Consumo de cereales, tubérculos y derivados. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	61,0%	35,6%	3,4%
b) Centro de adicciones	90,5%	9,5%	
c) Hogar de adultos y adultas mayores	81,8%	18,2%	
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	50,0%	37,5%	12,5%
f) Instituto superior de educación policial	88,0%	12,0%	
g) Liceo militar	85,2%	14,8%	
h) Penitenciarias	52,1%	28,1%	19,9%

Fuente: Elaboración propia.

f) Azúcares y mieles:

El consumo recomendado es diario (para personas no diabéticas), en poca cantidad. Consideraron que no se cumple el 23,7% de las/os adolescentes en centros educativos, el 27,3% de las y los Adultos Mayores en los hogares, el 12% de las personas en el Instituto Policial, y el 34,7% de las personas en las penitenciarias.

Tabla 27

Consumo de azúcares y mieles. Personas institucionalizadas. Consumo de leche y derivados. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	61,0%	35,6%	3,4%
b) Centro de adicciones	90,5%	9,5%	
c) Hogar de adultos y adultas mayores	81,8%	18,2%	
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	50,0%	37,5%	12,5%
f) Instituto superior de educación policial	88,0%	12,0%	
g) Liceo militar	85,2%	14,8%	
h) Penitenciarías	52,1%	28,1%	19,9%

Fuente: Elaboración propia.

g) Aceites y grasas:

Teniendo en cuenta la recomendación del consumo diario y en poca cantidad; el 22% de los/as adolescentes de los centros educativos manifestó que ello no se cumple, al igual que el 17,4% de las personas en los hogares de adultas/os mayores, el 32% en el Instituto de Policía, el 3,7% en el Liceo Militar, y el 32,2% en las penitenciarías.

Tabla 28

Consumo de aceites y grasas. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	74,6%	3,4%	22,0%
b) Centro de adicciones	100,0%		
c) Hogar de adultos y adultas mayores	82,6%		17,4%
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	96,2%	3,8%	
e) Hospital Psiquiátrico	71,4%	28,6%	
f) Instituto superior de educación policial	68,0%		32,0%
g) Liceo militar	96,3%		3,7%
h) Penitenciarías	65,3%	2,5%	32,2%

Fuente: Elaboración propia.

92 Lugar donde comen

En la mayoría de los casos, el comedor es el lugar donde más frecuentemente comen las personas institucionalizadas, excepto en las penitenciarías donde el 48,3% de las personas refieren comer en sus celdas o pabellones, y sólo el 21,4% en el comedor; en los centros educativos, el 46,7% refiere comer en un comedor, y el 21,7% de las/os adolescentes dice comer en el patio.

Esta pregunta se debe a que las condiciones higiénicas del consumo de alimentos sólo puede garantizarse en ambientes adecuados para el fin, como los comedores, siendo la falta de condiciones higiénicas para el consumo de alimentos una posible causal de enfermedades gastrointestinales (Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, 2007).

Tabla 29*Lugar donde comen. Personas institucionalizadas.*

Lugares	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Comedor	46,7%	95,2%	96%	100%	100%	100%	96,3%	21,4%
Habitación	1,7%							48,3%
Patio	21,7%		4%					3,1%
Pasillo		4,8%						16,8%
Rancho	16,5%							7,3%
Tinglado	11,7%							
Cocina	1,7%							1,8%
Casino							3,7%	
Panadería								0,3%
Piso								0,3%
Cualquier lugar								0,6%

Fuente: Elaboración propia.

a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Acceso a Servicios de Salud

Disponibilidad de los Servicios de Salud

La pregunta formulada fue: ¿En los últimos 6 meses, los servicios de la sanidad han estado disponibles en todo momento?

Entendemos la Disponibilidad como la posibilidad de que el usuario/a acceda a los servicios de salud en el momento en que sienta la necesidad de hacerlo, ya sea por una dolencia nueva o por el seguimiento de una enfermedad existente.

Ante la demanda de los usuarios/as, el 5,2% de los/as adolescentes de los centros educativos dijo que los servicios no estaban disponibles, al igual que el 5,6% de las/os usuarios/as del centro de adicciones, el 17,4% de las adultas y adultos mayores, el 11,5% de las niñas y niños en los hogares y el 29,4% de las PPL en las penitenciarías.

Motivos de no disponibilidad

Diversas fueron las razones referidas de la no disponibilidad de los servicios de salud requeridos en momentos de necesidad. En el caso de los Centros Educativos el 36,4% manifestó que se debió a la falta de equipamientos e insumos, y en la misma proporción que éstos no existen fuera del horario de atención.

En el Centro de Adicciones refirieron en todos los casos que cuando no pudieron consultar fue por falta de profesionales. En los Hogares de adultos y adultas mayores refirieron que el motivo en un 50% de los casos es la falta de profesionales fuera del horario de atención. En el caso de los Hogares de niños, niñas y adolescentes, el 60% relacionó la causa de la no disponibilidad con la falta de profesionales, al igual que el 50% de las personas consultadas en el Hospital Psiquiátrico, mientras que esa misma fue la respuesta en el 100% de los/as consultados en el Instituto superior de educación policial y en el 50% de quienes respondieron en el Liceo militar.

En las Penitenciarías el 22% respondió que se debe a falta de profesionales fuera del horario de atención, el 17,9% a la falta de equipamientos e insumos.

Otras causas identificadas fueron la falta de voluntad de los profesionales (9,1% en Centros Educativos) y la restricción por parte de celadores (3,4% en penitenciarías).

Tabla 30

Disponibilidad de los Servicios de Salud. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	81,0%	13,8%	5,2%
b) Centro de adicciones	94,4%	0,0%	5,6%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	60,9%	21,7%	17,4%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	76,9%	11,5%	11,5%
e) Hospital Psiquiátrico	70,0%	30,0%	0,0%
f) Instituto superior de educación policial	91,3%	8,7%	0,0%
g) Liceo militar	92,3%	7,7%	0,0%
h) Penitenciarías	36,3%	34,3%	29,4%

Fuente: Elaboración propia.

Horarios de atención convenientes

Este punto se indagó mediante la pregunta: ¿Las horas de atención de los servicios de la Sanidad son convenientes?

Entendiendo por conveniencia en este caso, a la posibilidad de que la demanda de servicio sea satisfecha y haya sido solucionado su problema de salud sin que se haya postergado la respuesta. Este concepto se enmarca en la teoría de la Calidad de Donabedian (Net & Suñol, 2001) quien distinguía tres componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta:

El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

El 66,7% de las niñas, niños y adolescentes en los hogares consideró que los horarios de atención no son convenientes, al igual que el 53,7% de los usuarios/as de las Penitenciarías.

Así también 25% de las personas entrevistadas en los Hogares de adultas/os mayores y el 20,3% de las/os adolescentes de los Centros Educativos considera que el horario de atención de los servicios de salud no es conveniente.

Tabla 31*Lugar donde comen. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	NS/NR	No
a) Centros educativos	69,5%	10,2%	20,3%
b) Centro de adicciones	66,7%	28,6%	4,8%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	60,0%	15,0%	25,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes		33,3%	66,7%
e) Hospital Psiquiátrico	77,8%	11,1%	11,1%
f) Instituto superior de educación policial	92,0%		8,0%
g) Liceo militar	85,2%	7,4%	7,4%
h) Penitenciarías	37,0%	9,3%	53,7%

Fuente: Elaboración propia.

Personal calificado de madrugada y fines de semana

El 64,2% de las personas entrevistadas en las Penitenciarías refieren que no existe personal calificado para prestar atención en la sanidad en horarios de madrugada y fines de semana. Lo mismo respondió el 50% de los niños, niñas y adolescentes de los hogares, y el 32% de los y las adultas mayores.

Tabla 32*Personal calificado de madrugada y fines de semana. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	NS/NR	No
a) Centros educativos	69,5%	10,2%	20,3%
b) Centro de adicciones	66,7%	28,6%	4,8%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	60,0%	15,0%	25,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes		33,3%	66,7%
e) Hospital Psiquiátrico	77,8%	11,1%	11,1%
f) Instituto superior de educación policial	92,0%		8,0%
g) Liceo militar	85,2%	7,4%	7,4%
h) Penitenciarías	37,0%	9,3%	53,7%

Fuente: Elaboración propia.

Facilidad para llegar a la Sanidad

La pregunta formulada fue: *¿Te resulta fácil llegar a la Sanidad?*

En el caso de las instituciones que tienen funcionando servicios de salud internos (Sanidad) la mayoría de las veces la facilidad o no de llegar a los mismos tiene que ver con factores físicos (distancia, estructura edilicia) y en otros casos humanos (obstáculos por parte de otros internos/as, sistemas de “peaje” contra dinero u objetos de interés).

En el caso de las instituciones que no tienen en forma interna servicios de salud (Hogares de Adultos /as Mayores, Hogares de NNA, institutos policial y militar) las dificultades son propias del sistema de traslado institucional para realizar consultas, tratamiento o seguimiento según sea el caso.

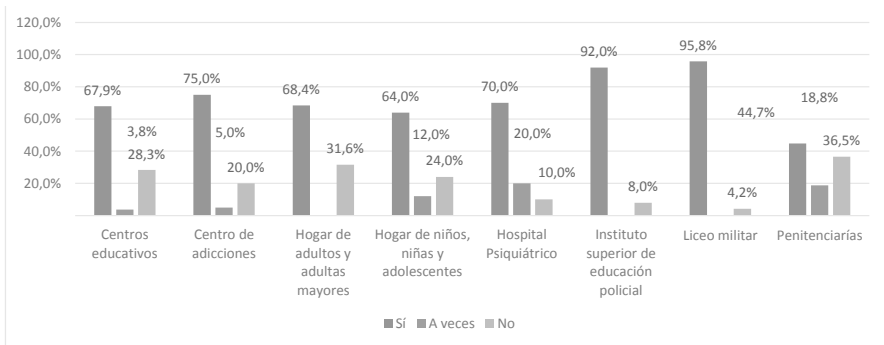


Figura 8. *¿Te resulta fácil llegar a la Sanidad?..* Fuente: Elaboración propia.

Pago para llegar a la Sanidad

Una de las principales denuncias informales realizadas en visitas de Monitoreo del MNP a las Penitenciarías ha sido la práctica de solicitar (por parte del personal u otros internos) el pago de dinero u objetos para que las personas puedan llegar a acceder a los servicios que se prestan en la Sanidad.

Indagamos para confirmar si esta situación se evidenciaba mediante una pregunta en el cuestionario y extendimos la misma pregunta a los demás ámbitos de intervención. La pregunta formulada fue: *¿Hay que pagarle a alguien para llegar a la sanidad?*

Finalmente, el 17,2% de las personas entrevistadas en las Penitenciarías afirma que se requiere abonar dinero u objetos para acceder a los servicios de salud, al igual que el 10% de las personas entrevistadas en el Hospital Psiquiátrico. Este hallazgo confirma las reiteradas denuncias realizadas durante las visitas de seguimiento y monitoreo del MNP a las instituciones.

Tabla 33*Pago para llegar a la Sanidad. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos		5,7%	94,3%
b) Centro de adicciones			100,0%
c) Hogares de adultos y adultas mayores			100,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes		4,0%	96,0%
e) Hospital Psiquiátrico	10,0%		90,0%
f) Instituto superior de educación policial			100,0%
g) Liceo militar			100,0%
h) Penitenciarias	17,2%	10,6%	72,2%

Fuente: Elaboración propia.

Pago en la Sanidad

La pregunta formulada fue: *La última vez que accediste a los servicios de la Sanidad ¿tuviste que pagar algo?*

El 8,8% de las personas entrevistadas en las Penitenciarias afirma que se requiere abonar dinero u objetos para ser atendido en la Sanidad. Lo mismo pasa con el 5% de las personas entrevistadas en los Hogares de Adultos/as Mayores, 4% de los/as internos del Instituto Policial y 3,7% de los/as adolescentes de los Centros Educativos.

Tabla 34*Pago en la Sanidad. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No
a) Centros educativos	3,7%	3,7%	92,6%
b) Centro de adicciones			100,0%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	5,0%		95,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes		4,0%	96,0%
e) Hospital Psiquiátrico		11,1%	88,9%
f) Instituto superior de educación policial	4,0%		96,0%
g) Liceo militar			100,0%
h) Penitenciarias	8,8%	1,0%	90,2%

Fuente: Elaboración propia.

Servicios acordes a necesidades de salud

La pregunta realizada fue: *¿Consideras que la atención ofrecida en la Sanidad está acorde a tus necesidades de salud?*

Una de las características de una atención de calidad en salud es que éstos se brinden acorde a las necesidades de quienes demandan los servicios, es decir, que los mismos sean Aceptables (ONU-CDESC, 2000), lo que implica que los servicios de salud son dispensados de una manera que se ajusta a las expectativas de los usuarios/as.

El 53,3% de las personas entrevistadas en las Penitenciarias expresó que los servicios de salud no responden a sus necesidades, al igual que el 37,5% de las niñas, niños y adolescentes de Hogares y el 34,8% de las personas en los Hogares de Adultos/as Mayores.

Tabla 35*Servicios acordes a necesidades. Personas institucionalizadas.*

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	A veces	No	NS/NR
a) Centros educativos	62,7%	11,9%	15,3%	10,2%
b) Centro de adicciones	76,2%	9,5%	9,5%	4,8%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	47,8%	8,7%	34,8%	8,7%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	45,8%	16,7%	37,5%	
e) Hospital Psiquiátrico	60,0%	30,0%		10,0%
f) Instituto superior de educación policial	72,0%	8,0%	16,0%	4,0%
g) Liceo militar	74,1%	3,7%	11,1%	11,1%
h) Penitenciarías	25,2%	16,1%	53,3%	5,4%

Fuente: Elaboración propia.

Otros servicios en la Sanidad

En todos los ámbitos se identificó la odontología (dentista [sic]) como un servicio adicional. En todos los ámbitos, excepto en los hogares de niños, niñas y adolescentes se identificó al servicio de oftalmología (oculista o doctor de ojos [sic]) como adicional. El servicio de psiquiatría no fue identificado en los hogares de NNA ni en las penitenciarías.

Que estos servicios hayan sido nombrados no implica que las personas tengan acceso efectivo a ellos dentro de sus instituciones, sólo que los han identificado. Probablemente hayan sido indicados como especialidad para interconsulta, pero no hay constancia de que se haya realizado.

En algunos lugares se da el caso de que en el servicio no funciona la especialidad pero el proveedor que viene un día a la institución tiene esa especialidad, por ejemplo, en Tacumbú uno de los médicos que hace Clínica Médica tiene la especialidad de traumatología y otro la de ginecología. En el caso de las penitenciarías de mujeres, en algunas existen pediatras algunos días para los hijos/as convivientes de las mujeres privadas de libertad.

Tabla 36*Otros servicios en la Sanidad. Personas institucionalizadas*

Especialidades	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Geriatría			X					X
Ginecología						X		X
Odontología	X	X	X	X	X	X	X	X
Oftalmología	X	X	X		X	X	X	X
Nutricionista						X		
Pediatría								X
Psiquiatría	X	X	X		X	X	X	
Psicología	X	X	X	X	X	X	X	
Trabajo social	X		X	X				
Traumatología								X

Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Consultas en Psicología / Salud Mental

La pregunta formulada fue: *¿Consultaste con psicología dentro de la institución?*

Según el documento: “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” (CIDH, 2008):

“ Toda persona privada de libertad tendrá derecho a que se le practique un examen médico o psicológico, imparcial y confidencial, practicado por personal de salud idóneo inmediatamente después de su ingreso al establecimiento de reclusión o de internamiento, con el fin de constatar su estado de salud físico o mental, y la existencia de cualquier herida, daño corporal o mental; asegurar la identificación y tratamiento de cualquier problema significativo de salud; o para verificar quejas sobre posibles malos tratos o torturas o determinar la necesidad de atención y tratamiento”

Las personas entrevistadas reconocen recibir servicios de salud mental mediante consultas en psicología: 98,3% en los Centros Educativos; 90% en hogares de NNA; 90% en el Hospital Psiquiátrico, y 81% en el Centro de Adicciones.

Por otro lado, quienes en mayor proporción dicen no recibir ese servicio son: 84% en Hogares de Adultas/os Mayores, 66,7% en el Liceo Militar y 54,9% en Penitenciarías.

Tabla 37

Consultas en Psicología/Salud Mental. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	No
a) Centros educativos	98,3%	1,7%
b) Centro de adicciones	81,0%	19,0%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	16,0%	84,0%
d) Hogares de niños, niñas y adolescentes	90,0%	10,0%
e) Hospital Psiquiátrico	90,0%	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	64,0%	36,0%
g) Liceo militar	33,3%	66,7%
h) Penitenciarías	45,1%	54,9%

Fuente: Elaboración propia.

Razón de consulta en Psicología

La pregunta formulada fue: *¿Cuál fue el motivo de la consulta?*

El 32,8% de las personas en centros educativos refirieron que consultaron en Psicología por voluntad propia; dieron igual respuesta el 31,3% en el Centro Nacional de Adicciones, así como el 25% de las personas en hogares de adultos y adultas mayores. El 45% de niños, niñas y adolescentes en los hogares, refirió consultas con psicología, así como el 33,3% en el Hospital Psiquiátrico, y el 6,3% en el Instituto Superior de Educación Policial, 40,0% en el Liceo Militar, y 35,6% en penitenciarías.

Mientras que la razón de la consulta en Psicología fue un requerimiento institucional, para el 51,7% de adolescentes en centros educativos, el 31,3% de usuarias/os en el

Centro Nacional de Adicciones, el 25% de las personas en hogares de adultos y adultas mayores, el 40% de niños, niñas y adolescentes en hogares, el 22,2% en el Hospital Psiquiátrico, el 87,5% de las personas en el Instituto Superior de Educación Policial, el 60% en el Liceo Militar, y 44,5% de las personas entrevistadas en penitenciarías.

Tabla 38

Razón de consulta en Psicología. Personas institucionalizadas.

Razón / Motivación	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Le obligaron	1,7%	6,3%						2,1%
Recomendación médica	6,9%	25,0%	50,0%	15,0%	33,3%			6,2%
Requerimiento institucional	51,7%	31,3%	25,0%	40,0%	22,2%	87,5%	60,0%	44,5%
Requerimiento institucional y voluntad propia	1,7%					6,3%		8,9%
Recomendación médica y requerimiento institucional	1,7%				11,1%			0,7%
Recomendación médica y voluntad propia		6,3%						
Recomendación médica, requerimiento institucional y voluntad propia								0,7%
Voluntad propia	32,8%	31,3%	25,0%	45,0%	33,3%	6,3%	40,0%	35,6%
NS/NR	3,4%							1,4%

Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

Motivos de consulta y respuesta institucional

Se indagó acerca de la relación entre el motivo de consulta y la respuesta institucional, teniendo en cuenta el derecho de las personas a saber el diagnóstico y tratamiento proporcionado para su afección en salud. Recordando lo que señala al respecto el documento de Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (CIDH, 2008):

“En toda circunstancia, la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios siguientes: confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente”.

100

a) Dolor de cabeza.

Es el motivo de consulta más frecuente en todos los ámbitos.

Luego de realizar la consulta, el 72,7% de las personas entrevistadas en los hogares de adultos/as mayores no supo qué medicamento le fue suministrado; lo mismo ocurrió con el 54,8% de los/as adolescentes de los centros educativos, el 52,2% de las personas privadas de libertad en cárceles, y el 40% de los/as internos del Instituto Policial.

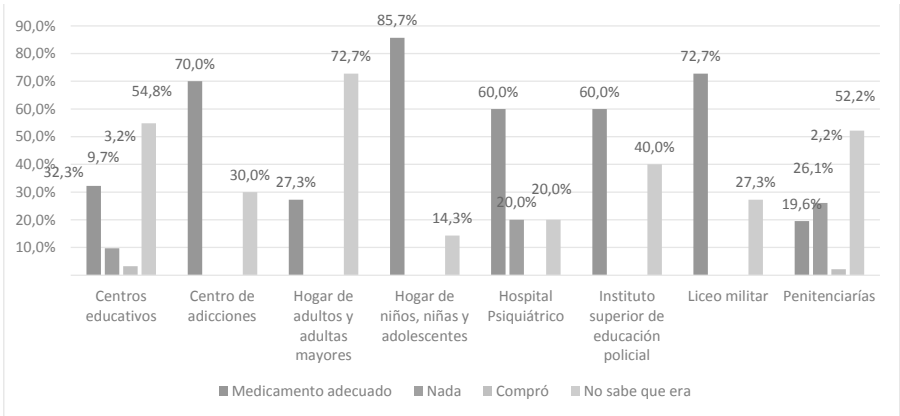


Figura 9. Dolor de cabeza. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia

b) Malestar estomacal

Luego de realizar la consulta, no supieron qué medicamento les fue suministrado el 100% de las personas entrevistadas en el Centro Nacional de Adicciones. Igualmente, el 85,7% de los/as entrevistados en hogares de adultos/as mayores; el 80% de los/as internos del Liceo Militar; el 58,3% de los/as adolescentes de los centros educativos, y el 71,4% de los/as internos del Instituto Policial.

Por otro lado, el 53,8% de las personas privadas de libertad en las penitenciarías refiere no haber recibido ninguna medicación luego de referir la dolencia o malestar estomacal.

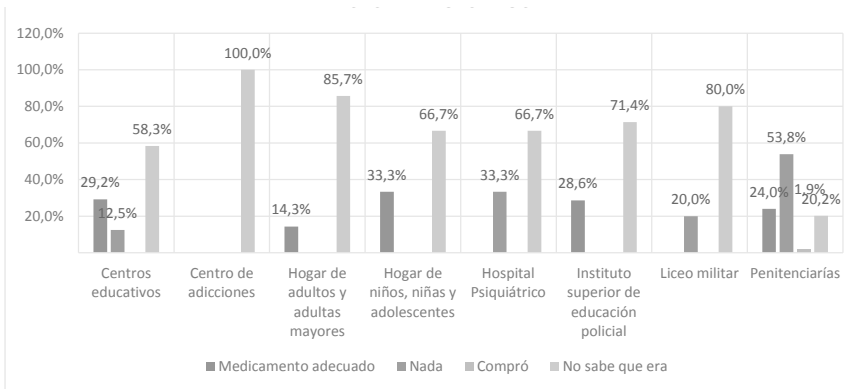


Figura 10. Malestar estomacal. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

c) Dolor de dientes

Los datos más resaltantes se dan en hogares de NNA y hogares de adultos/as mayores, en donde el 100% refirió no saber qué medicamento le era suministrado para los dolores de dientes.

No le fueron suministrados medicamentos para esta dolencia, en el Hospital Psiquiátrico al 100% de las y los usuarios, y en penitenciarías en el 42,5% de los casos.

En el Hospital Psiquiátrico, el 100% de las personas entrevistadas, y el 42,5% de las personas entrevistadas en las penitenciarías, declararon haber solicitado medicamentos sin tener respuesta.

El 4,2% de las personas en penitenciarías, y el 3,3% en centros educativos tuvieron que comprar sus medicamentos.

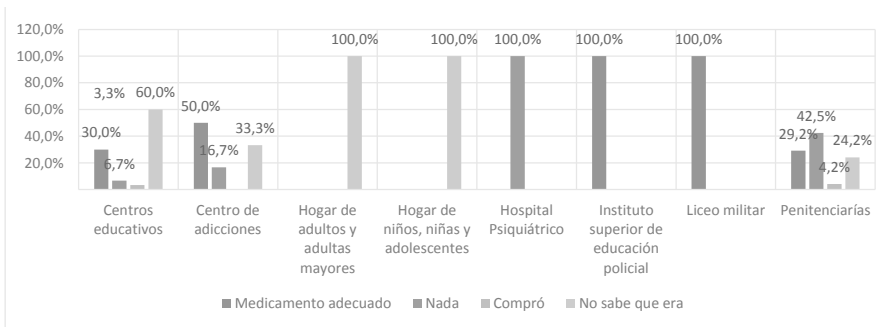


Figura 11. Dolor de dientes. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

d) Dolores musculares

Para las consultas por dolores musculares fueron suministrados medicamentos cuyo nombre los usuarios y usuarias no conocían: Centros educativos 53,8%, hogares de adultos y adultas mayores 50%; en el Instituto Superior de Educación Policial y el Liceo Militar, un 33,3%.

No se les suministró medicamentos para estas dolencias a un 51,7% en penitenciarías, y un 23,1% en centros educativos.

El 1,1% de las personas entrevistadas en penitenciarías, tuvo que comprar medicamentos.

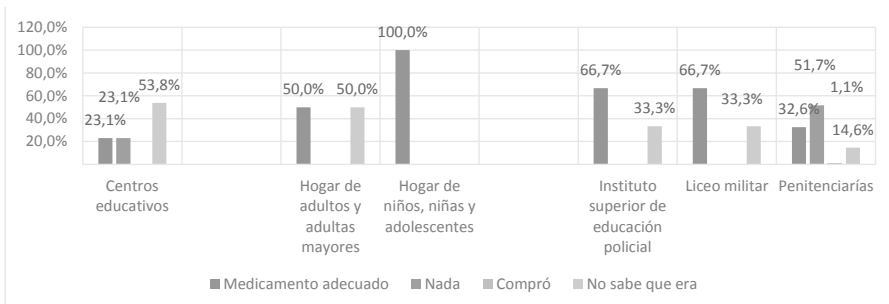


Figura 12. Dolores Musculares. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

e) Dolor de huesos

Para las consultas por dolores de huesos fueron suministrados medicamentos cuyo nombre los usuarios y usuarias no conocían, en hogares de NNA 100%, centros educativos 81,8%, y en hogares de adultos y adultas mayores, 70%.

No se les suministró medicamentos para estas dolencias a un 100% de las personas entrevistadas en el Hospital Psiquiátrico, 66,7% en penitenciarías, y 18,2% en centros educativos.

El 1,4% de los/as entrevistados en penitenciarías tuvo que comprar medicamentos.

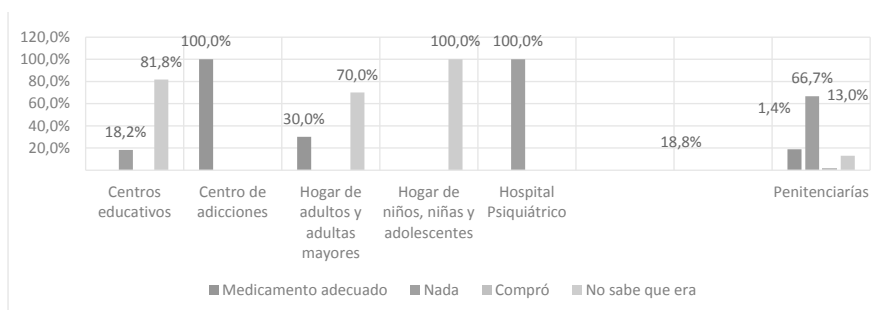


Figura 13. Dolor de huesos. Personas institucionalizadas. Elaboración Propia.

f) Fiebre

Para las consultas por fiebre, el 83,3% de las personas entrevistadas en hogares de adultos y adultas mayores, el 58,8% de las/os adolescentes en centros educativos, y el 50% de niñas y niños en los hogares de abrigo, respondieron que les fueron suministrados medicamentos cuyo nombre no conocían.

El 43,1% en penitenciarías, el 16,7% en hogares de adultos y adultas mayores y el 5,9% en centros educativos, respondieron que no se les suministró medicamentos para esta dolencia.

El 33,3% de los/as entrevistados en el Liceo Militar, y el 1% en penitenciarías refirió que debieron comprar medicamentos.

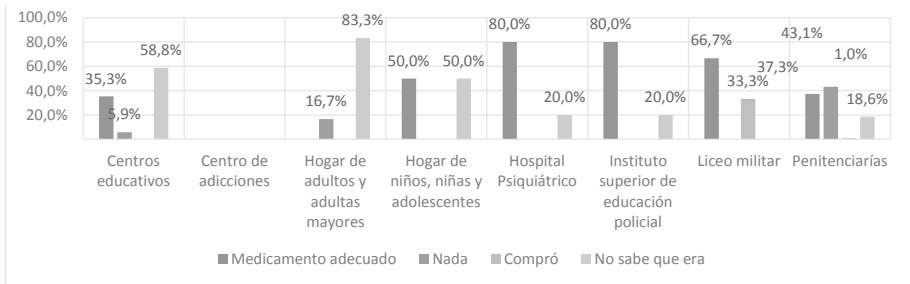


Figura 14. Fiebre. Personas institucionalizadas. Elaboración Propia.

g) Gripe

Para las consultas por gripe, el 100%, de las personas entrevistadas en hogares de adultos y adultas mayores y en el Centro Nacional de Adicciones; el 52,2% de las/os adolescentes en centros educativos, y el 75% de niñas y niños en hogares de abrigo respondieron que les fueron suministrados medicamentos cuyo nombre no conocían.

El 44,2% en penitenciarías, el 21,7% en centros educativos y el 8,3% de los usuarios/as en el Instituto Superior de Educación Policial respondieron que no se les suministró medicamentos para esta dolencia.

El 1,8% de los/as entrevistados en penitenciarías debió comprar medicamentos.

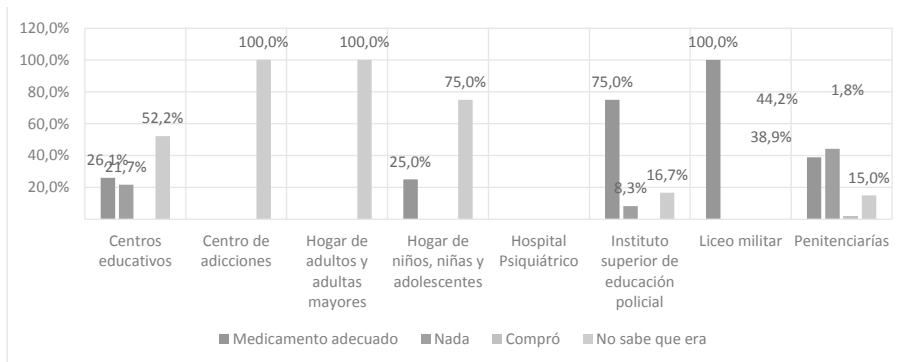


Figura 15. Gripe. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

h) Afecciones de la piel

Para las afecciones de la piel, el 100% de las niñas y niños en los hogares de abrigo, el 45,5% de las/os adolescentes en centros educativos, y el 4,7% de las personas entrevistadas en penitenciarías, respondieron que les fueron suministrados medicamentos cuyo nombre no conocían.

El 76,7% en penitenciarías y el 36,4% en centros educativos, respondieron que no se les suministró medicamentos para esta dolencia.

El 4,7% de los/as entrevistados en penitenciarías debió comprar medicamentos.

Cabe resaltar que en visitas del MNP en varias instituciones, se pudo constatar la alta prevalencia de afecciones de piel (MNP, 2016):

En las penitenciarías más pobladas, la de mujeres Buen Pastor, la de varones Tacumbú y el Centro Educativo Itauguá, se constató importante incidencia de enfermedades de la piel: escabiosis (sarna), irritaciones, forunculosis, hongos y ulceraciones de origen y causas a determinar.

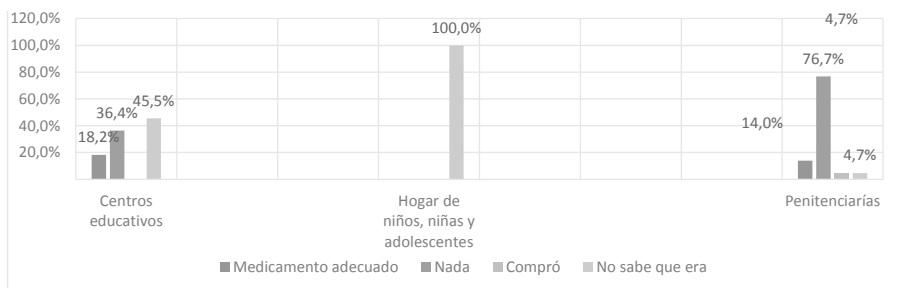


Figura 16. Afecciones de la piel. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

En casos de infecciones de piel es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno debido a que las condiciones de encierro, hacinamiento y mala higiene son condicionantes para la propagación de las afecciones dérmicas, pudiendo volverse verdaderas epidemias dentro de los ámbitos de encierro.

i) Hipertensión arterial

Para las consultas por hipertensión arterial el 100% de las/os adolescentes en centros educativos, el 15,4% de las personas en hogares de adultos y adultas mayores y el 4,2% de las personas entrevistadas en penitenciarías respondieron que les fueron suministrados medicamentos cuyo nombre no conocían.

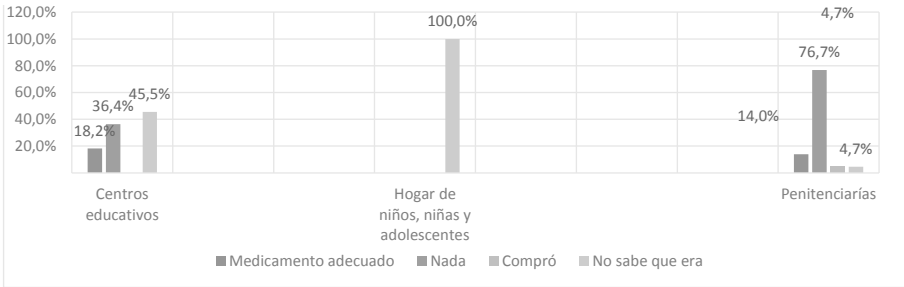


Figura 17. Hipertensión Arterial. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

El 37,5% en penitenciarías respondió que no se les suministró medicamentos para esta dolencia. El 4,2% de los/as entrevistados en penitenciarías debió comprar medicamentos.

j) Otras dolencias/motivos de consulta mencionados por los/as entrevistados/as

En la Tabla 39 se puede observar otros motivos por los cuales consultaron las usuarias y usuarios en Sanidad en algún momento de su estadía en las instituciones.

Tabla 39

Otras dolencias / Motivos de consulta. Personas institucionalizadas.

a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Dolor de garganta Dolor de oído Epilepsia Infección por perforación para aritos	Alergia	Colesterol Triglicéridos Dolores de rodilla Úlcera Varicosa	Varicela Dengue Dolor de pulmón Dolor de rodilla Dolor de oído Rubeola Forúnculos Tos	Aumento de medicación	Picadura de insectos	Amigdalitis Papera	Diarreas Epilepsia Llagas en la boca Gastritis Golpes Herida de bala Mordida de gato Puntadas en el corazón Quiste bajo el brazo Sífilis Forúnculos Tos Vómitos

Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Poblaciones con requerimientos particulares

Se indagaron algunos servicios diferenciados según el grupo etario, género, necesidades especiales y ciclo de vida.

Adultos y adultas mayores

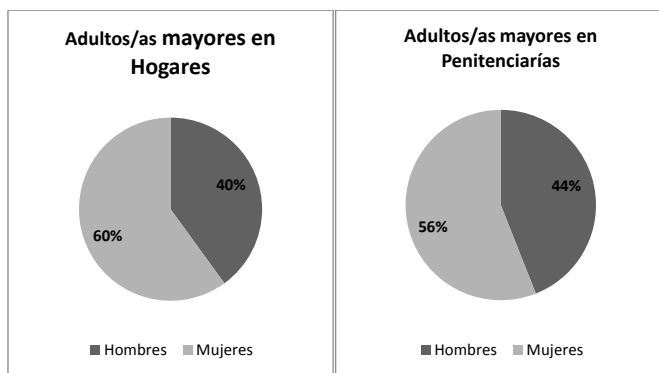


Figura 18. Adultos y adultas mayores por sexo. Fuente: Elaboración Propia.

En total fueron entrevistados 34 adultos y adultas mayores: 25 residentes en hogares (15 hombres y 10 mujeres) y 9 personas privadas de libertad en penitenciarías (4 hombres y 5 mujeres).

a) Atención por Geriatría

La pregunta formulada fue: ¿Recibís atención por un/a especialista en geriatría?

Tabla 40.

Atención por Geriatría. Adultos/as Mayores. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	SÍ	NO	A veces	NS/NR
c) Hogares de adultos y adultas mayores	73,9%	13,0%	4,3%	8,7%
h) Penitenciarías		100,0%		

Fuente: Elaboración Propia.

Una diferencia fundamental se aprecia respecto a la atención de un médico geriatra. En los Hogares de adultos y adultas mayores la cobertura alcanza 73,9%; mientras que en penitenciarías 0%.

b) Dieta especial

La pregunta formulada fue: ¿Recibís alimentación diferenciada acorde a tu cuadro clínico o tu edad?

Tabla 41.

Dieta especial. Adultos/as Mayores. Personas institucionalizadas.

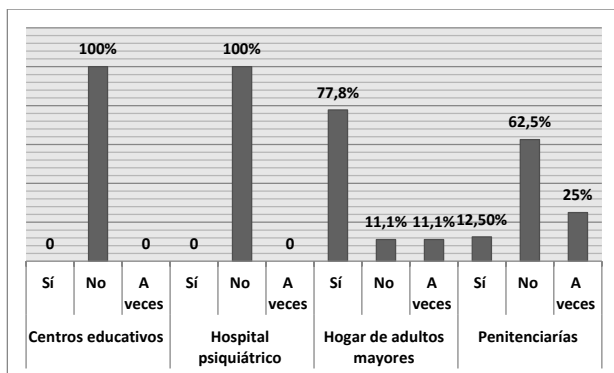
Ámbitos de intervención del MNP	SÍ	NO	A veces	N.A.	NS/NR
c) Hogares de adultos y adultas mayores	68,2%	13,6%	4,5%	4,5%	9,1%
h) Penitenciarias	11,1%	55,6%		33,3%	

Fuente: Elaboración Propia.

Una dieta especial sugerida por los especialistas para la tercera edad, no es suministrada en 13,6% de los Hogares de adultos y adultas mayores; y en 55,6% en las penitenciarias.

c) Pañales descartables para adultos mayores

El 42,9 % de las personas adultas mayores en los hogares precisan pañales y los reciben de las instituciones en todos los casos.

**Figura 19.** Dieta especial. Adultos/as Mayores. Personas institucionalizadas.

En contraste, 33,3% de adultos y adultas mayores que precisan pañales en penitenciarias, no los reciben.

Personas con discapacidad físicaa) Fisioterapia

La consulta formulada fue: En caso de tener indicación: ¿Recibís tratamiento de fisioterapia?

En muchos casos, las personas con discapacidad física necesitan de fisioterapia. No reciben dicho tratamiento el 100% en el caso de los centros educativos y del Hospital Psiquiátrico; 62,5% en penitenciarias, y 11,1% en hogares de adultos y adultas mayores.

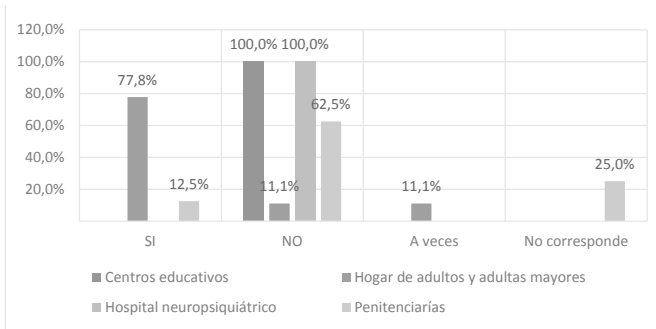


Figura 20. Fisioterapia en caso necesario. Fuente: Elaboración Propia.

b) Elementos de apoyo (barandas)

En penitenciarías y centros educativos no se cuentan con barandas para que las personas con discapacidad física puedan desplazarse cómodamente. Los hogares de adultos y adultas mayores no cuentan con barandas según el 22% de encuestados.

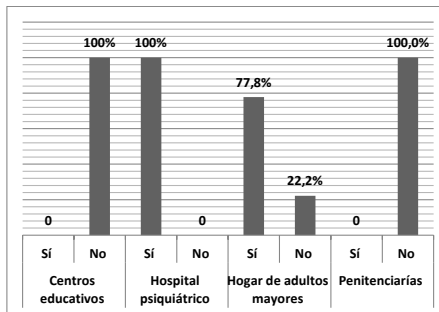


Figura 21. Existencia de barandas. Fuente: Elaboración Propia.

c) Rampas

En penitenciarías y centros educativos no se cuentan con rampas para que las personas con discapacidad física puedan desplazarse cómodamente. Ocurre lo mismo en los Hogares de adultos y adultas mayores, según el 22% de encuestados.

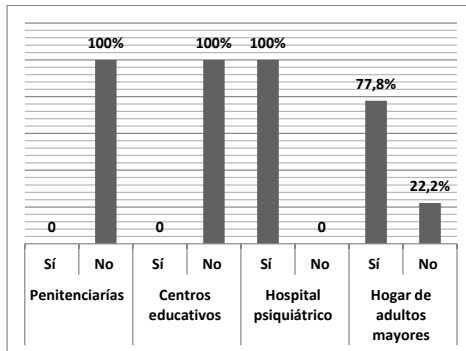


Figura 22. Existencia de rampas. Fuente: Elaboración Propia.

d) Baños adaptados

En penitenciarías y centros educativos no se cuentan con baños adaptados o acondicionados para las personas con discapacidad física. Ocurre lo mismo en los Hogares de adultos y adultas mayores, según el 22% de encuestados/as.

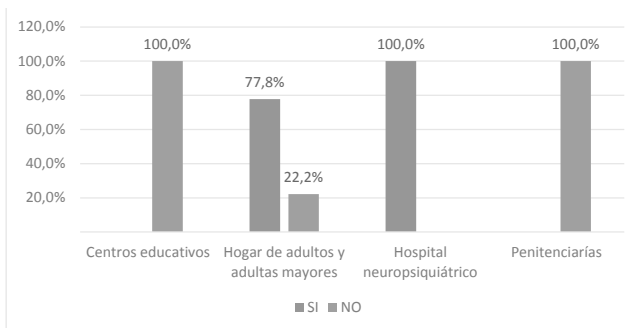


Figura 23. Existencia de baños adaptados. Fuente: Elaboración Propia.

Personas con discapacidad psicosocial

En total fueron entrevistados y entrevistadas 26 personas con discapacidad psicosocial: 2 en centros educativos (hombres), 5 en el Centro Nacional de Adicciones (4 hombres y 1 mujer), 5 en hogares de adultos y adultas mayores (1 hombre y 4 mujeres), 10 en el Hospital Psiquiátrico (9 hombres y 1 mujer) y 4 en penitenciarías (hombres).

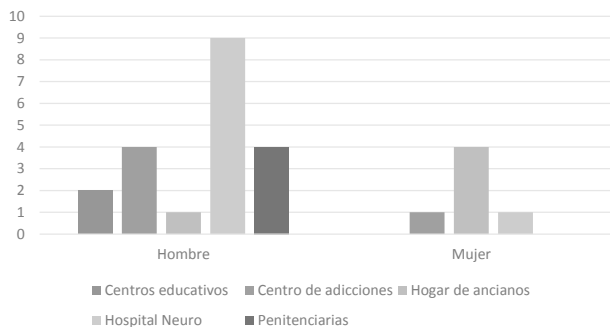


Figura 24. Personas con discapacidad psicosocial por sexo. Fuente: Elaboración Propia

a) Atención adecuada

Según sus respuestas, no han sido atendidos/as adecuadamente 50% de las personas con discapacidad psicosocial en centros educativos y 75% de las personas con discapacidad psicosocial entrevistadas en penitenciarias.

Tabla 42.

Atención adecuada. Personas con discapacidad psicosocial. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Si	A veces	No
a) Centros educativos	50,0%	50,0%	
b) Centro de adicciones	100,0%		
c) Hogares de adultos y adultas mayores	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	100,0%		
h) Penitenciarias	25,0%		75,0%

Fuente: Elaboración Propia.

b) Medicación necesaria

No reciben medicación necesaria un 50% de las personas con discapacidad psicosocial en penitenciarias, así como el otro 50% no lo hace en forma regular.

111

Tabla 43.

Medicación necesaria. Personas con discapacidad psicosocial.

Ámbitos de intervención del MNP	Si	A veces	No
a) Centros educativos	50,0%	50,0%	
b) Centro de adicciones	100,0%		
c) Hogares de adultos y adultas mayores	100,0%		
e) Hospital Psiquiátrico	90,0%	10,0%	
h) Penitenciarias		50,0%	50,0%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; G) Liceo Militar; H) Penitenciarias

Usuarios y usuarias de drogas

a) Consumo

En el Instituto Superior de Educación Policial, el Liceo Militar y hogares de adultos y adultas mayores, no se han encontrado personas que refieran tener o haber tenido contacto con drogas.

Los porcentajes de consumo más altos se dan en el Centro Nacional de Adicciones, 52,4%; penitenciarías, 20,4%, y en centros educativos, 15,3%.

El hallazgo en el Centro Nacional de Adicciones es relativamente esperable, ya que los/as usuarios/as, si bien se han acercado a la institución solicitando el tratamiento justamente para enfrentar el consumo problemático de sustancias, las personas entrevistadas en su mayoría estaban en sus etapas iniciales de tratamiento, considerando que el mismo es un proceso complejo, podría entenderse el hallazgo.

Sin embargo, un hecho llamativo es el alto nivel de consumo referido en los centros educativos y penitenciarios, lugares en donde en teoría, se supone que no deberían ingresar drogas.

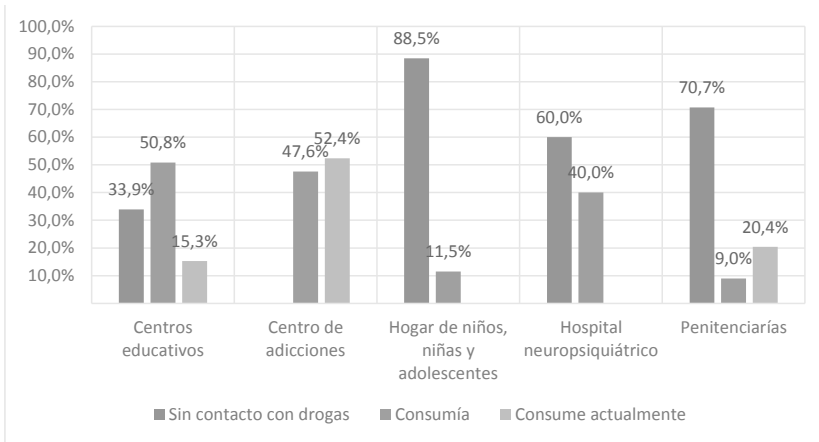


Figura 25. Consumo. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas Fuente: Elaboración Propia.

b) Tipos de drogas consumidas

Es importante recordar que la OMS define la droga como una “sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones” (OMS, 1994). Esta definición puede ser aplicada tanto a las sustancias “lícitas” como a las “ilícitas”, según la clasificación del discurso jurídico. Dice igualmente que: “Sustancias lícitas son las permitidas pero de circulación regulada, que están en el mercado con fines terapéuticos –medicamentos– y las permitidas y socialmente estimuladas desde los medios masivos de comunicación, como el alcohol y el tabaco”.

Este ítem se indagó mediante la lectura de un listado de drogas más comúnmente consumidas, pero a la vez se abrió la posibilidad de que las/os entrevistados nombren las sustancias, llama la atención que el cigarrillo (tabaco) haya sido mencionado por pocas personas identificándolo como una droga, y se haya referido poco su consumo.

Por su parte el alcohol no fue identificado como droga por ninguna persona entrevistada. Esto probablemente se deba a la relación entre drogas y clandestinidad, siendo el tabaco y el alcohol drogas permitidas, razón por la cual pudieron no ser reconocidas como tales por la población estudiada.

Varios son los paradigmas sobre los cuales se puede analizar la temática del consumo de drogas, una definición que sugiere Touzé en su texto Prevención del consumo problemático de drogas (Touzé, 2010) es:

“Según un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente –en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: 1. Su salud física o mental; 2. Sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); 3. Sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); 4. Sus relaciones con la ley”.

Las drogas más consumidas por los/as pacientes del Centro Nacional de Adicciones son el crack 32,1% y la marihuana 28,6%. Dentro de las penitenciarías la marihuana es consumida por un 58,1% de las personas usuarias de drogas entrevistadas, mientras que el crack por un 19,4%. En los centros educativos la marihuana es consumida en un 50% y el crack por un 33,3%.

En relación al abordaje de la problemática en los ámbitos de intervención, el MNP recomienda cuanto sigue: (MNP, 2016):

“Se recomienda desarrollar una política de abordaje urgente al problema del tráfico de sustancias prohibidas y el tratamiento adecuado de las personas con algún tipo de adicción a sustancias. Debe cuidarse el enfoque médico para que los usuarios de sustancias puedan ser tratados de su adicción y se intercepte, con la aplicación del poder penal y de políticas preventivas, la comercialización de las mismas. Coordinar acciones con el Centro de adicciones a fin de implementar programas y capacitar al funcionariado e internos que trabajan la salud penitenciaria”.

Tabla 44.

Drogas consumidas actualmente. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.

Drogas consumidas actualmente	Centros educativos	Centro de adicciones	Penitenciarías
Cigarrillo	8,3%	7,1%	3,2%
Cocaína		10,7%	12,9%
Cola de zapatero		3,6%	1,1%
Crack	33,3%	32,1%	19,4%
Marihuana	50,0%	28,6%	58,1%
Nevado ²			2,2%
Pastillas controladas	8,3%	17,9%	3,2%

c) Tratamiento y Rehabilitación

Haciendo una breve conceptualización se habla de Tratamiento de mantenimiento (Maintenance therapy) (OMS, 1994) como:

“La prescripción de una droga o un medicamento de sustitución con el que existen dependencia cruzada y tolerancia cruzada. El término hace referencia en ocasiones al empleo de una forma menos peligrosa de esa misma droga como tratamiento. Los objetivos del tratamiento de mantenimiento son eliminar o reducir el consumo de una sustancia concreta, sobre todo si es ilegal, o disminuir los daños derivados de una vía de administración concreta, los peligros correspondientes para la salud (p. ej., por el uso compartido de agujas) y las consecuencias sociales. Esta modalidad suele acompañarse de psicoterapia y otras formas de tratamiento”.

Dentro del mismo “Glosario de Términos de alcohol y drogas” se expresa el siguiente concepto de Rehabilitación:

“Es el proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad”.

El 100% de los usuarios entrevistados en el Centro Nacional de Adicciones se encuentran en tratamiento. No reciben tratamiento para dejar el consumo de drogas el 66,7% de los usuarios de drogas de los centros educativos, así como tampoco el 87,9% de usuarios y usuarias de estas sustancias en las penitenciarías.

Tabla 45.

Tratamiento y Rehabilitación. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Si	A veces	Nunca	NS/NR
Centros educativos	22,2%	11,1%	66,7%	
Centro de adicciones	100,0%			
Penitenciarías	7,6%		87,9%	4,5%

Fuente: Elaboración propia.

d) Medicación necesaria

No reciben medicación necesaria (medicamentos en cantidad y frecuencia) el 55,6% de los usuarios de drogas de los centros educativos y 87,9% en penitenciarías.

Tabla 45.

Tratamiento y Rehabilitación. Usuarios/as de drogas. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Si	A veces	Nunca	NS/NR
Centros educativos	22,2%		55,6%	22,2%
Centro de adicciones	100,0%			
Penitenciarías	4,5%	3,0%	87,9%	4,5%

Fuente: Elaboración propia.

Población LGBTI

De las personas entrevistadas, se consultó si pertenecían o no a la población LGBTI, que engloba las orientaciones sexuales e identidades de género no heterosexual (lesbianas, gays, bisexuales, trans*, intersex). El 2,7% de las personas entrevistadas refirió ser de dicha población.

En la siguiente Tabla se presenta es la distribución de la población hallada dentro del estudio (2,7%), por ámbito de intervención:

Tabla 47

Población LGBTI. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Gay	Bisexual	Trans*
a) Centros educativos	15,4%	7,7%	
b) Centro de adicciones		7,7%	
c) Penitenciarías mujeres		30,8%	
d) Penitenciarías varones	7,7%	15,4%	15,4%

Fuente: Elaboración propia.

Si bien en el reciente Censo de Mujeres Privadas de Libertad (MNP, 2016) se ha encontrado que el 2% de las mujeres entrevistadas dijeron ser de la población LGBTI, en el presente estudio aparentemente ninguna mujer lesbiana ingresó a la muestra.

a) Trato

Se indagó acerca del trato que reciben las personas de la comunidad LGBTI dentro de las instituciones, debido a que culturalmente es muy frecuente el trato discriminatorio basado en la homofobia. Tal como se expresa en el documento “Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud” (ONU, 2011): “El término homofobia suele usarse para incluir las formas de intolerancia hacia todas las posibilidades sexuales que se diferencian de la norma heterosexual”

Tanto en los centros educativos como en las penitenciarías, el 33,3% de las personas LGBTI entrevistadas refirió que recibieron algún tipo de trato discriminatorio en la Sanidad.

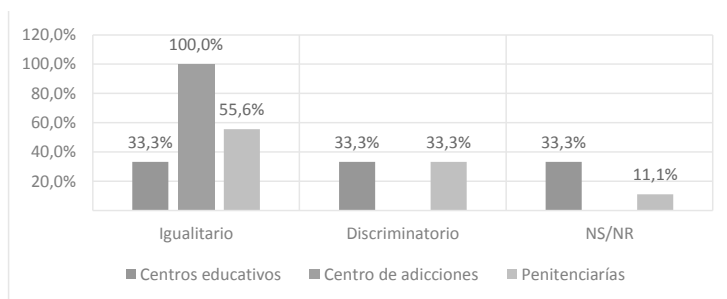


Figura 26. Trato a personas LGBTI en Salud. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

b) Tratamiento Hormonal

Se indagó acerca del tratamiento de reemplazo hormonal, condición especial que requieren algunas personas Trans* (travestis, transexuales y transgéneros).

La pregunta formulada fue: *En caso que corresponda ¿Recibís tratamiento hormonal?*

Tabla 48.

Tratamiento hormonal Trans*. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	Nunca	N.A.
a) Centros educativos			100,0%
b) Centro de adicciones			100,0%
h) Penitenciarias	22,2%	11,1%	66,7%

Fuente: Elaboración propia.

Los casos de NA (no aplica) se refieren a las personas que no tienen indicado el tratamiento hormonal.

En las penitenciarias, del total de personas Trans* de la muestra que lo requieren, el 11,1%, no recibe tratamiento hormonal.

Medicina Tradicional / Pueblos indígenas

La pregunta formulada fue: *¿Podés acceder a los tratamientos y medicinas tradicionales?*

En el documento “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” se señala (CIDH, 2008):

“No serán consideradas discriminatorias las medidas que se destinen a proteger exclusivamente los derechos de las mujeres, en particular de las mujeres embarazadas y de las madres lactantes; de los niños y niñas; de las personas adultas mayores; de las personas enfermas o con infecciones, como el VIH-SIDA; de las personas con discapacidad física, mental o sensorial; así como de los pueblos indígenas, afrodescendientes, y de minorías

116

Fueron 5 las personas de pueblos indígenas halladas en la muestra y entrevistadas: 2 en centros educativos, 1 en un hogar de adultos/as mayores; y 2 en penitenciarias.

Tabla 49.

Medicina Tradicional / Pueblos indígenas. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	Nunca	NS/NR
a) Centros educativos	50,0%	50,0%	
c) Hogares de adultos y adultas mayores			100,0%
h) Penitenciarias		100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Un 50% de personas de pueblos indígenas en centros educativos y el 100% en penitenciarías; no accede a tratamientos y medicinas tradicionales.

Personas viviendo con VIH

A nivel mundial la problemática del VIH en el ámbito de encierro es una gran preocupación para la Salud Pública, en general, se estima una prevalencia más alta en población penitenciaria que en población general (ONU, 2012)

“En la mayoría de los países, la infección con VIH entre la población carcelaria es mucho mayor que entre la que se encuentra fuera de las cárceles, pero la prevalencia de la infección de VIH en diferentes cárceles y diferentes países varía considerablemente. En algunos casos, la presencia de la infección por VIH en las cárceles es hasta 100 veces mayor que en la comunidad”

En Paraguay, en 2009 se promulgó la Ley N° 3940/09 que al respecto dice:

Artículo 13.- Medidas en las Cárceles y Cuarteles: El PRONASIDA asistirá técnicamente a los Ministerios de Justicia y Trabajo, Interior y Defensa Nacional para el desarrollo de políticas de prevención, tratamiento y asistencia de las ITS, VIH y SIDA enfocada a personas privadas de su libertad, funcionarios afectados a los establecimientos penitenciarios y al personal de las Fuerzas Públicas.

Es importante recordar que el último estudio sobre seroprevalencia del VIH en personas privadas de libertad (hombres y mujeres) en Paraguay se realizó en 2008, según consta en el Informe de la Situación Epidemiológica del VIH. Paraguay 2015. (PRONASIDA, 2015)

La prevalencia hallada en el estudio fue de 0,7%.

a) Atención del PRONASIDA

Han sido entrevistadas personas viviendo con VIH en el Hospital Psiquiátrico y en las penitenciarías.

De las personas privadas de libertad viviendo con VIH en penitenciarías, el 100 % refirió que si reciben asistencia por parte del PRONASIDA, mientras que en el Hospital Psiquiátrico el 100% respondió “a veces”.

b) Medicación Anti Retroviral (ARV):

Al ser indagadas las personas privadas de libertad viviendo con VIH en penitenciarías si reciben medicación ARV, la respuesta fue la misma. Respondieron que si el 100% de las personas en penitenciarías y “a veces” el 100% de las personas en el Hospital Psiquiátrico.

c) Dosaje de carga viral:

Al consultarles si se realizan dosajes de carga viral (examen de laboratorio para saber el estado de la infección por VIH), 50% de las PPL en penitenciarías dijo que sí y el otro 50% dijo que no se habían realizado el estudio. Nuevamente el 100% “de las personas viviendo con VIH en el Hospital Psiquiátrico respondió “a veces”.

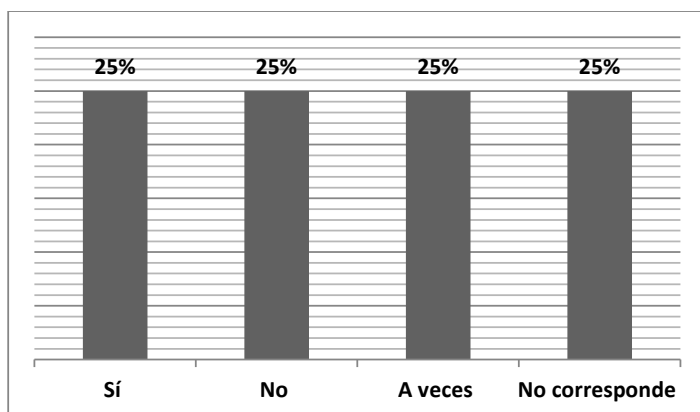


Figura 27. Dosaje de Carga Viral. Fuente: Elaboración Propia.

Es importante destacar que desde hace varios años los dos Programas del MSP y BS que se encuentran instalados dentro de la Penitenciaría de Tacumbú son el PRONASIDA y el Programa de Tuberculosis (TB). A pesar de no tener el MSP y BS injerencia directa en la rectoría de la salud penitenciaria.

Personas con TB

En el tratamiento de la tuberculosis, enfermedad infectocontagiosa, endémica transmisible por vía aérea y potenciada en contextos de encierro (WHO, 2000)

“La tuberculosis es 100 veces más frecuente en las cárceles que fuera de ellas, con mayor virulencia y mortalidad debido a las dificultades actuales para el tratamiento de cepas resistentes, su toxicidad y la falta de adherencia para cumplirlo hasta el final. Esta situación condiciona un cambio conceptual: de enfermedad curable a controlable a enfermedad incurable, en algunos casos, especialmente cuando existe coinfección con VIH/sida y/o hepatitis C”.

118

Es muy importante que todas las personas diagnosticadas se encuentren en tratamiento y llevando las medidas dietéticas y ambientales correctas para minimizar los riesgos de contagio.

Han sido entrevistadas personas con TB en los hogares de adultos/as mayores y en las penitenciarías.

a) Asistencia

Se indagó sobre si reciben asistencia por parte del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), el 100% de las personas en los hogares de adultos/as mayores respondió que sí. En las penitenciarías, el 83,4% de las personas respondió que si, 8,3% que a veces y 8,3 % que nunca han recibido asistencia.

b) Medicación para tratar la TB:

Al consultar sobre si reciben el tratamiento para la tuberculosis, el 100% de las personas en los hogares de adultos/as mayores respondió que sí. En las penitenciarías, el 83,4% de las personas respondió que sí, 8,3% que a veces y 8,3 % que nunca han recibido tratamiento.

c) Suplementos nutricionales

Una de las medidas importantes es aumentar las defensas del organismo mediante una buena nutrición, para lo cual se utiliza la entrega de leche enriquecida y/o fortificada a los pacientes.

En las penitenciarías, el 33.3% de las personas con TB respondió que si reciben los suplementos; el 50% no recibieron suplementos nutricionales y el 15,7% de las personas respondió que lo recibe a veces. En los hogares de adultos/as mayores el 100% de las personas respondió que si recibe los suplementos.

Mujeres embarazadas

La situación de las mujeres embarazadas merece un tratamiento especial. La cárcel es un lugar “per se” inadecuado para garantizar el acceso a los recursos y la atención especializada con relación a dieta, ejercicios, ropa, medicamentos y cuidados médicos (CEJIL, 2007).

A ello se suma que el alumbramiento en situación de encierro y los niveles de ansiedad y estrés tienen directa incidencia en la mayor o menor salud física y emocional del niño. (Townhead, 2006)

Existen recomendaciones de derecho internacional acerca del uso restrictivo del encarcelamiento de mujeres embarazadas o madres de niños/as pequeños/as. En el 8º Congreso de las Naciones Unidas sobre la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, en La Habana, en 1990 se sugirió:

El uso del encarcelamiento para ciertas categorías de delincuentes, tales como mujeres embarazadas o madres de bebés o de niños pequeños, debe ser restrictiva y debe hacerse un esfuerzo especial para evitar que se extienda el uso del encarcelamiento como sanción para estas categorías.

119

Las mujeres embarazadas entrevistadas se encontraban en las penitenciarías de mujeres.

a) Controles prenatales:

El 50% de las mujeres embarazadas afirma que realiza los controles prenatales necesarios. El 50% respondió que no lo hace.

b) Alimentación:

El 100% de las mujeres embarazadas entrevistadas afirma que recibe buena alimentación, acorde a su condición.

c) Tratamiento en caso necesario:

Las mujeres embarazadas que precisan de algún tratamiento especial, lo reciben en la siguiente medida:

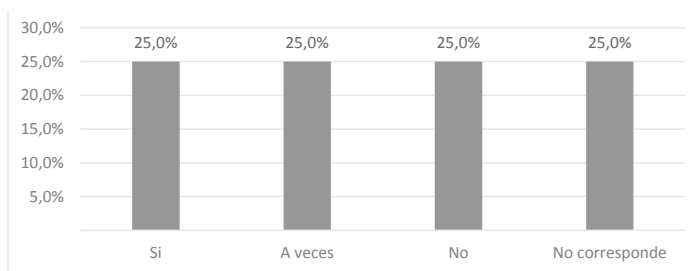


Figura 28. Tratamiento en caso necesario. Mujeres embarazadas. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

d) Reciben vitaminas

En cuanto a vitaminas como complemento para su gestación, el 25% de las mujeres embarazadas respondió que las recibe, el 25% que recibe vitaminas a veces y el 50% de las mujeres dijo que no las recibe.

e) Ecografías:

50% de las mujeres embarazadas entrevistadas dijo haber realizado ecografía obstétrica y 50% no la realizó.

f) Resultados de la ecografía

De las mujeres embarazadas que realizaron ecografía obstétrica, ninguna recibió el resultado del estudio.

g) Suplemento nutricional, leche enriquecida

Ninguna de las mujeres embarazadas recibió otros suplementos nutricionales ni leche enriquecida.

Madres con hijos/as lactantes

120 En cuanto a las mujeres con hijas o hijos pequeños, el tiempo en prisión produce la ruptura del grupo familiar y el aislamiento de las detenidas de sus afectos más primarios, hecho que aumenta sensiblemente los efectos del encarcelamiento. (UNICEF, 2008)

Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok) (UNODC, 2011) de manera coincidente prevén que se brindará a las reclusas, cuyos hijos/as se encuentren con ellas, el máximo de posibilidades de dedicar su tiempo a ellos/as (Regla 50). Los niños/as que vivan con sus madres en la cárcel dispondrán de servicios permanentes de atención de salud, y su desarrollo será supervisado por especialistas, en colaboración con los servicios de salud de la comunidad. En la medida de lo posible, el entorno previsto para la crianza de esos niños/as será el mismo que el de los niños/as que no viven en centros penitenciarios (Regla 51).

Las madres con hijos/as lactantes halladas dentro del estudio se encontraban en las penitenciarías de mujeres.

a) Lactancia

Afirman que las condiciones de lactancia son muy buenas el 33,3% de las mujeres entrevistadas y excelentes el 66,7%.

b) Pañales

Los pañales son proveídos por la institución en un 66,7% y los compran en un 33,3%.

c) Leche

Reciben leche enriquecida el 66,7% de las mujeres indagadas, mientras que el 33,3% no la recibe.

Todas las mujeres con hijos/as lactantes afirman que sus hijos reciben vacunas y atención pediátrica en forma regular.

Mujeres viviendo con hijos/as no lactantes

Todas las mujeres entrevistadas se encontraban en las penitenciarías de mujeres.

El 50% de las mujeres entrevistadas que viven con sus hijos refieren que sus hijos reciben alimentación especial. La otra mitad afirma que no es así.

El 75% de las mujeres entrevistadas que viven con sus hijos afirman que sus hijos reciben atención pediátrica dentro de la penitenciaría, mientras el 5% dice que no.

Todas las mujeres afirman que sus hijos/as reciben leche enriquecida.

Seguridad e Higiene

Las medidas de Bioseguridad tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos. Los elementos clave son: 1. Higiene de las manos, 2. Uso de guantes descartables, 3. Protección facial (ojos, nariz y boca), 4. Bata (uso de), 5. Prevención de pinchazo de aguja y lesiones con otros instrumentos afilados 6. Uso de jeringas y material descartable, 7. Limpieza ambiental 8. Eliminación de desechos, entre otras. (OPS/OMS, 2007)

En esta sección se indagó acerca de las normas y prácticas de higiene y seguridad en los servicios de salud de los ámbitos estudiados.

Extracción de sangre o inyecciones

Se indagó si alguna vez le extrajeron sangre o inyectaron algún medicamento dentro de la institución.

En todos los ámbitos se realizaron los procedimientos (inyecciones o extracción de sangre) en mayor o menor grado: El 33,9% en centros educativos; 76,2% en Centro Nacional de Adicciones; 83,3% en hogares de adultos y adultas mayores; el 76,9% en hogares de niños, niñas y adolescentes; 66,7% en el Hospital Psiquiátrico; 44,0%

Instituto Superior de Educación Policial; 51,9% en el Liceo Militar y 54,2% en las penitenciarías, refirieron que les extrajeron sangre y/o utilizaron jeringas con ellos/as en la Sanidad.

Luego, para indagar el uso de agujas y jeringas descartables por parte del personal sanitario se realizó la pregunta: ¿Has visto abrir el envoltorio de jeringas y agujas por parte del personal de sanidad?

En todos los ámbitos respondieron mayormente que sí habían visto abrir los envoltorios. Sin embargo, en centros educativos y penitenciarías, la suma de las respuestas 'No' y 'No sabe/No responde' fueron mayores al 50%.

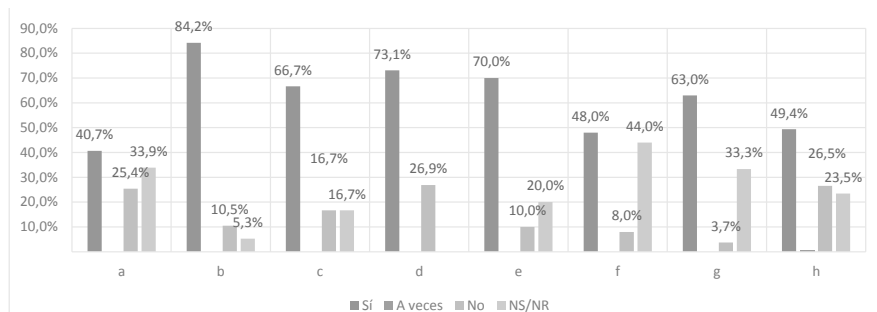


Figura 29. Uso de agujas y jeringas descartables. Fuente: Elaboración Propia

Se siguió indagando acerca de otras medidas del orden de la bioseguridad realizadas por el personal de las instituciones, sobre todo el vinculado al área de la salud.

En cuanto al lavado de manos del personal de la Sanidad, antes y después de realizar procedimientos clínicos y/o manipular desechos, la respuesta fue que el 44,1 % en centros educativos; 84,2% en Centro Nacional de Adicciones; 80% en hogares de adultos y adultas mayores; el 84,6% en hogares de niños, niñas y adolescentes 70% en el Hospital Psiquiátrico; 48% Instituto de Educación Policial; 66,7% en el Liceo Militar y 46,3% en las penitenciarías refirió que vieron al personal de la Sanidad lavarse las manos.

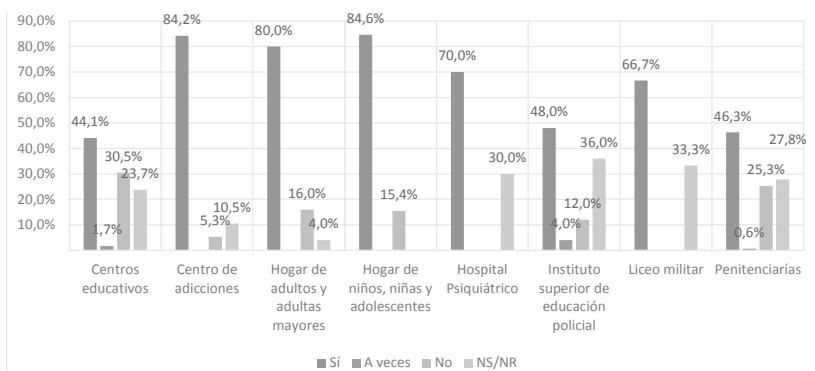


Figura 30. Lavado de manos del personal. Seguridad e Higiene. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la utilización de guantes por parte del personal de Sanidad para procedimientos clínicos/examen y/o manipular desechos, se expresó que el 50,8 % en centros educativos; el 89,5% en Centro Nacional de Adicciones; 83,3% en hogares de adultos y adultas mayores; el 84,6% en hogares de niños, niñas y adolescentes 70% en el Hospital Psiquiátrico; 60% Instituto de Educación Policial; 70,4% en el Liceo Militar y 56,8% en las penitenciarías, refirió que el personal de la Sanidad utilizó guantes.

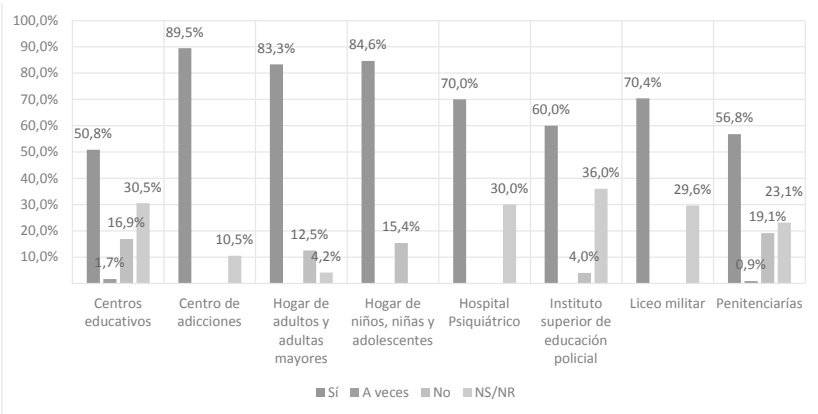


Figura 31. Uso de guantes por parte del personal de la Sanidad. Fuente: Elaboración Propia.

Con respecto al espacio físico de la Sanidad, otro aspecto indagado fue la limpieza de las instalaciones del servicio de salud. Los ámbitos donde las personas entrevistadas respondieron que menos limpios hallaron los espacios de atención de la salud, fueron las penitenciarías, seguido de centros educativos y el Hospital Psiquiátrico.

Quienes respondieron que hallaron sucias las instalaciones especificaron que las partes de la Sanidad que no se encontraban limpias se trataban de la sala de espera, consultorio y baño, en proporciones graficadas en la Figura 30.

Las personas entrevistadas en los demás ámbitos refirieron que no había problemas con la limpieza en las zonas destinadas a la atención de la salud.

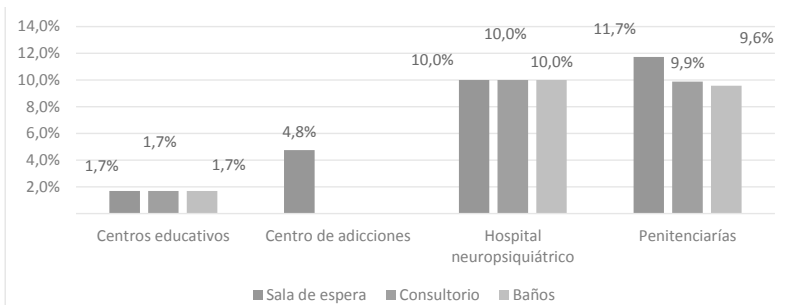


Figura 32. ¿Qué partes de la Sanidad estaban sucias? Fuente: Elaboración Propia.

Hábitos de higiene personal

Se indagó acerca de hábitos de higiene de la población institucionalizada, mediante la siguiente pregunta: ¿Realizas los siguientes cuidados de higiene personal?

Sobre el lavado de manos antes de comer, respondieron en forma afirmativa el 91,5% de los/as adolescentes entrevistados en centros educativos, el 95,2% en Centro Nacional de Adicciones; el 88% en hogares de adultos y adultas mayores; el 100% en hogares de niños, niñas y adolescentes; 70% en el Hospital Psiquiátrico; 96% Instituto de Educación Policial; 82,5% en el Liceo Militar y 88,6% en las penitenciarías.

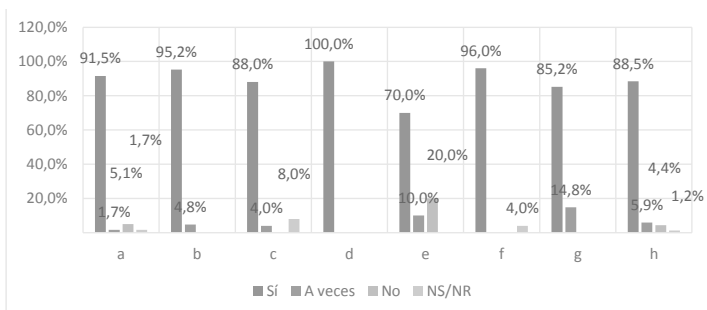


Figura 33. Lavado de manos antes de comer. Personas Institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

En cuanto al cepillado diario de dientes, las personas entrevistadas respondieron en forma afirmativa el 89,8% de las/os adolescentes en centros educativos, el 100% en centro de adicciones; el 84% en hogares de adultos y adultas mayores; el 100% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 40% en el Hospital Psiquiátrico; el 96% instituto de educación policial; el 88,9% en el Liceo militar y el 81,6% en las penitenciarías.

124 Con respecto al baño diario: el 96,6% de las/os adolescentes entrevistados en centros educativos, el 100% en centro de adicciones; el 90,5% en hogares de adultos y adultas mayores; el 100% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 88,9% en el Hospital Psiquiátrico; el 96% instituto de educación policial; el 100% en el Liceo militar y el 92,5% en las penitenciarías respondieron que se bañan una vez al día.

Indagados sobre el cambio de ropa diario respondieron que lo realiza el 96,6% de las/os adolescentes entrevistados en centros educativos, el 100% en centro de adicciones; el 91,3% en hogares de adultos y adultas mayores; el 100% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 80% en el Hospital Psiquiátrico; el 96% instituto de educación policial; el 100% en el Liceo militar y el 86,8% en las penitenciarías.

En cuanto a la Limpieza de sus habitaciones (lugares donde duermen): el 94,9% de las/os adolescentes en centros educativos, el 94,7% en centro de adicciones; el 68% en hogares de adultos y adultas mayores; el 100% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 100% en el Hospital Psiquiátrico; el 96% instituto de educación policial; el 100% en el Liceo militar y el 88,1% en las penitenciarías respondieron que se realiza la limpieza en forma diaria.

Con respecto a la limpieza externa de las instalaciones, los adolescentes entrevistados en centros educativos y PPL en penitenciarías respondieron que son ellos/as mismos quienes realizan la limpieza. En el resto de los ámbitos las personas entrevistadas refirieron que la limpieza en general está a cargo de personas contratadas o funcionarios de la institución.

Información en los Servicios de Salud

Según lo OMS, la Promoción de la Salud (OPS, 2003) permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Uno de sus componentes es la Educación sanitaria, cuyo principio es el acceso a la información científica y oportuna sobre la salud”, fue definida de manera siguiente (OMS, 1969):

“La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan”.

En ese sentido fueron indagados algunos aspectos a saber:

a) Información adecuada sobre enfermedades brindada por la Sanidad:

De las personas entrevistadas: el 46,6% de las/os adolescentes en centros educativos, el 19% en centro de adicciones; el 43,5% en hogares de adultos y adultas mayores; el 23,1% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 30% en el Hospital Psiquiátrico; el 20% instituto de educación policial; el 11% en el Liceo militar y el 53,6% en las penitenciarías respondieron que la información sobre enfermedades que reciben no es adecuada.

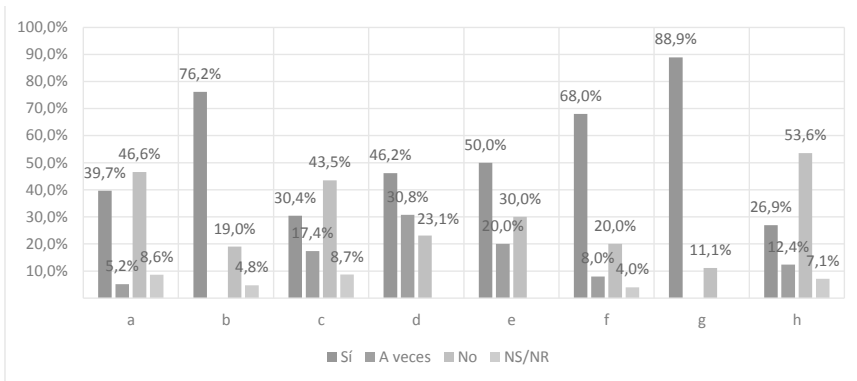


Figura 34. Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

b) Formas de ofrecer la información para prevención de enfermedades:

La vía por la cual más se realizan actividades de prevención son las charlas, esto fue expresado por el 23% de las/os adolescentes en centros educativos, el 55,6% en centro de adicciones; el 31,6% en hogares de adultos y adultas mayores; el 36,4% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 37,5% en el Hospital Psiquiátrico; el 62,5% instituto de educación policial; el 65,5% en el Liceo militar y el 35,5% en las penitenciarías.

Sin embargo el 52,5% de las y los adolescentes entrevistados en los centros educativos, así como el 47,4% de las adultas y adultos mayores en los hogares, el 12,5% en el hospital psiquiátrico, el 8,3% en el instituto policial, el 3,4% en el liceo militar y el 2,8% en las penitenciarías refirieron que no saben si se realizan actividades de prevención o no respondieron.

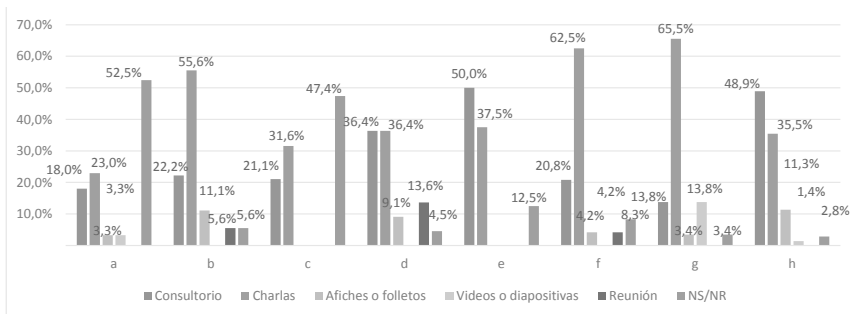


Figura 35. Formas de prevención. Personas Institucionalizadas Fuente: Elaboración Propia.
Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

c) Utilización de un lenguaje comprensible

Los usuarios/as fueron consultados sobre si la información en salud que le provee el servicio les llega en forma sencilla, clara y comprensible.

Las personas entrevistadas respondieron en forma afirmativa en el 61% de los casos en centros educativos, el 87,5% en centro de adicciones; el 50% en hogares de adultos y adultas mayores; el 69,2% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 60% en el Hospital Psiquiátrico; el 84% instituto de educación policial; el 81,5% en el Liceo militar y el 44,7% en las penitenciarías.

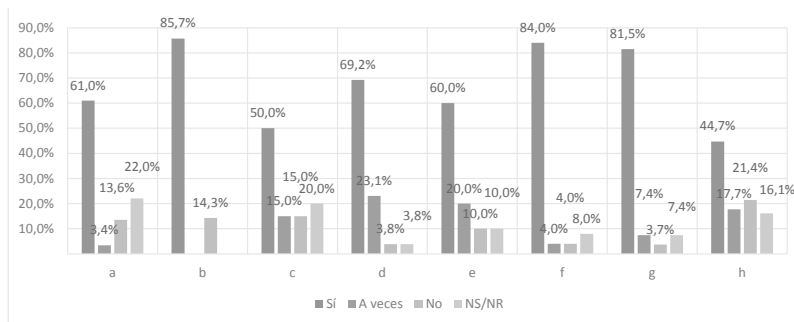


Figura 36. Lenguaje sencillo y comprensible. Fuente Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

d) Idioma hablado por el personal de sanidad

La mayoría de las personas refiere que el lenguaje más utilizado por parte del personal de salud es el jopará (español y guaraní), excepto en el Centro de Adicciones donde refieren que los proveedores de salud se expresan más en español.

Privacidad y Confidencialidad en los Servicios de Salud

127

Las condiciones en las que se desarrolla la atención sanitaria en los contextos de encierro son particulares. Los usuarios/as podrían tener limitadas algunas de sus libertades por razón de su condición; por ejemplo la capacidad real de elegir médico, o de pedir una segunda opinión.

Esta condición no implica sin embargo que el personal de salud renuncie a brindar las condiciones de calidad debidas a la atención sanitaria, entre ellas la privacidad y confidencialidad, derechos del/a usuario/a de servicios de salud. (FCS, 2005)

Al ser indagadas sobre estos aspectos, las personas entrevistadas respondieron:

a) Espacio privado para atención

La pregunta formulada para este ítem fue: *¿Considerás que los espacios donde se realizan las consultas cuentan con la privacidad para que no sean observados ni escuchados por otras personas?*

De las personas entrevistadas, el 79,7% de las/os adolescentes en centros educativos, el 76,2% en Centro Nacional de Adicciones; el 70,8% en hogares de adultos y adultas mayores; el 57,7% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 40% en el Hospital Psiquiátrico; el 84% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 77,8% en el Liceo Militar, y el 49,7% en las penitenciarías, respondieron que los espacios para consulta cuentan con privacidad.

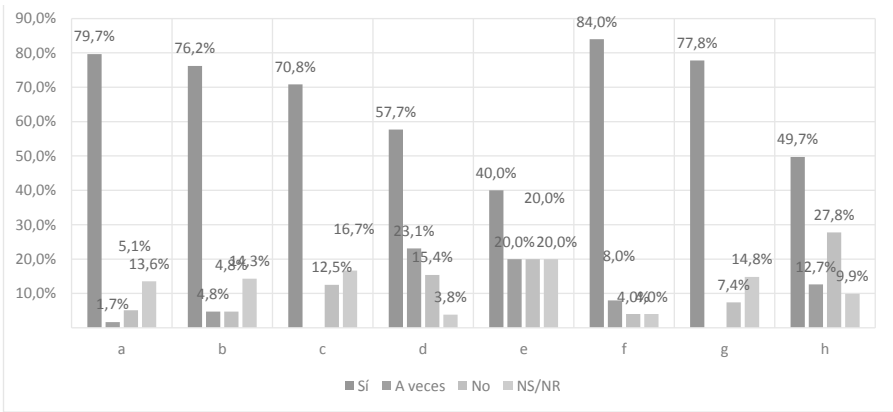


Figura 37. Espacio privado para atención. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

b) Respeto a la confidencialidad

La pregunta formulada fue: Cuando los/as proveedores/as de salud discuten con otras personas sobre la atención, ¿respetan la confidencialidad hablando en un área privada con el fin de que no se escuche la conversación?

El 47,5% de las/os adolescentes en centros educativos, el 65% en Centro Nacional de Adicciones; el 41,7% en hogares de adultos y adultas mayores; el 53,8% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 50% en el Hospital Psiquiátrico; el 60% Instituto Superior de Educación Policial; el 59,3% en el Liceo Militar, y el 38,3% en las penitenciarías, respondieron que sí existe respeto a la confidencialidad en las consultas.

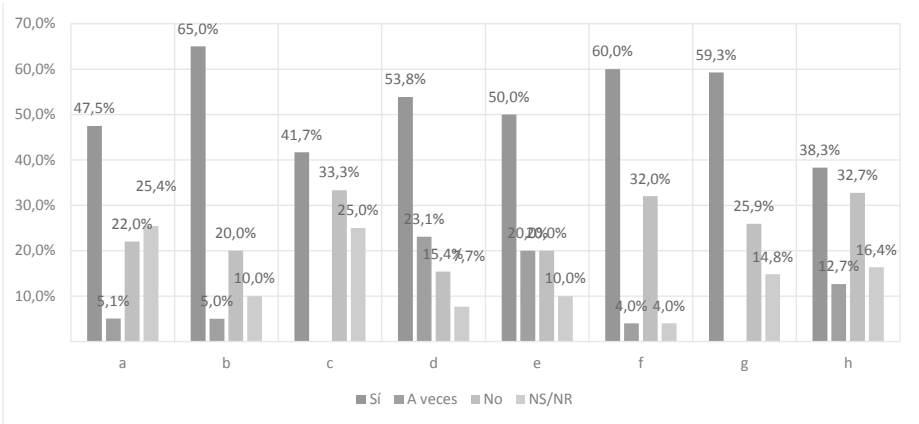


Figura 38. Respeto a la confidencialidad, Fuente: Elaboración Propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarias

c) Interrupciones durante la consulta en la Sanidad

El lugar donde más se explicitó el poco cuidado a la confidencialidad (llamadas a celular, ingreso de otra persona al consultorio durante la consulta, etc.) fue en el Instituto Superior de Educación Policial (92%), luego el Centro Nacional de Adicciones (23,8%), las penitenciarias (22,5%) y los hogares de adultos/as mayores (20,8%).

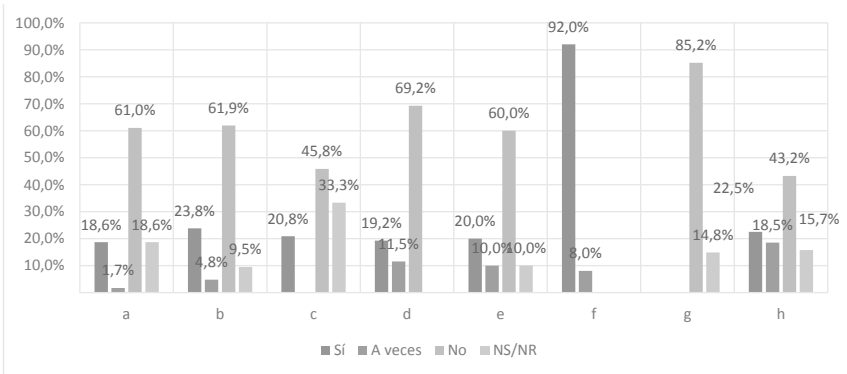


Figura 39. Interrupciones durante la consulta. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarias

Atención Humanizada en los Servicios de Salud

Si bien no se trata de un concepto nuevo, hace más de una década que desde la OPS/OMS se insta a la humanización de los servicios de salud, son los entornos de mayor vulnerabilidad, y los últimos en adecuar este paradigma de atención. Al decir de la Dra. Angélica Gomes, experta de la OPS en Servicios y Sistemas de Salud. (OPS/OMS, 2013)

“El debate sobre Humanización debe contemplar dos dimensiones: principios y directrices, que son importantes para indicar nuevos rumbos y objetivos para las políticas y su capacidad de interferir en la práctica que realmente existe en los sistemas de salud. La Humanización, considerándola en esta perspectiva, es un cambio en las estructuras, de la forma de trabajar y también de las personas. La humanización de la clínica y de la salud pública depende de una reforma de la tradición médica y epidemiológica. Una reforma que consiga combinar la objetivación científica del proceso salud/enfermedad/intervención con nuevos modos de operar decurrentes de la incorporación del sujeto y de su historia, desde el momento del diagnóstico hasta la intervención”.

Otro concepto que se vincula con un trato humanizado en salud es el de Calidad de Atención en Salud, cuya aproximación a una definición integradora es la siguiente (MINSa, 2012):

“Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.”

En ese sentido, en el contexto de encierro, fueron indagados indicadores relevantes del proceso de humanización de la atención.

a) Maltrato, agresión, trato cruel, inhumano o degradante.

130 Luego de conceptualizar en forma sencilla se indagó acerca de la ocurrencia de los mismos. El 28,8% de las y los adolescentes entrevistados en los centros educativos, así como el 12,5% de las y los adultos mayores en hogares, el 50% de las personas entrevistadas en el Hospital Psiquiátrico, el 40,7% de las personas en las penitenciarías refirieron la existencia de torturas, maltratos, y agresiones, así como tratos crueles, inhumanos o degradantes dentro de la institución.

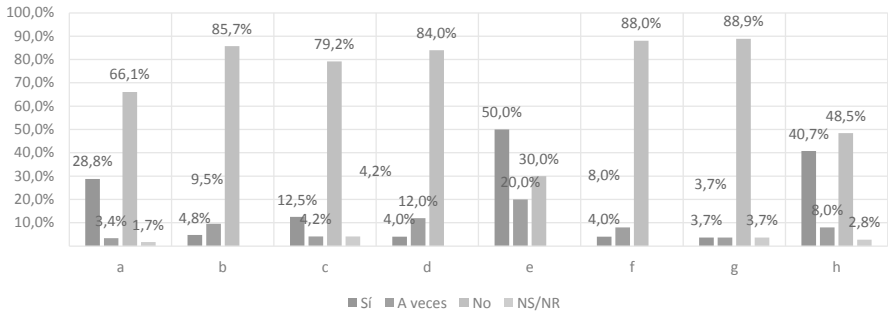


Figura 40. Maltrato, agresión, trato cruel, inhumano o degradante. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

b) Agresores/as.

Entre las personas que respondieron que existen hechos de malos tratos, agresiones, torturas, o tratos crueles inhumanos o degradantes, en los centros educativos el 50% de los agresores identificados fueron los guardia cárceles, el 27,3% fueron compañeros/as, el 18,2% autoridades, y el 4,5% educadores.

Cabe mencionar que en el contexto de los centros educativos las personas encargadas de la seguridad son denominadas oficialmente “educadores”, sin embargo al momento de la consulta los/as adolescentes se refirieron a ellos mayormente como “guardia cárceles”, pues son vistos como figuras más represivas que educativas.

En el Centro Nacional de Adicciones se refirió que el 66,7% de los maltratos provino de compañeros/as, y que el 33,3% se dio por parte del personal sanitario.

De los y las adultas mayores que identificaron agresores en los hogares, el 75% dijo que fueron compañeros/as los/las agresores, y el 25% que fueron cuidadores/as.

De los niños, niñas y adolescentes en los hogares que identificaron maltrato, el 80% dijo que fue por parte de compañeros/as, y el 20% por parte del personal sanitario, hallando la misma respuesta en el Hospital Psiquiátrico.

El 100% de las personas que identificaron maltrato en el Instituto Superior de Educación Policial refirieron que lo agresores fueron sus superiores o antiguos. Al igual que el 50% en el Liceo Militar, donde además dijeron que el 50% del maltrato proviene de sus compañeros/as.

Por último, en las penitenciarías, quienes expresaron que existe tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, el 48,7% señalaron a los/las guardia cárceles, el 35% compañeras/os, el 12,2% autoridades, y el 4,1% identificó como agresores al personal sanitario.

Cabe recordar que es el Estado, a través de sus funcionarios/as e instituciones quien puede cometer tortura; en los casos en que los malos tratos provienen de compañeros, estamos hablando de violencia, pero no de tortura.

Tabla 50.

Agresores/as identificados

Ámbitos del MNP	Autoridades	Guardia cárceles	Cuidadores	Educadores	Personal sanitario	Superior o antiguo	Compañeros/as
a	18,2%	50,0%		4,5%			27,3%
b					33,3%		66,7%
c			25,0%				75,0%
d					20,0%		80,0%
e					20,0%		80,0%
f						100,0%	
g						50,0%	50,0%
h	12,2%	48,7%			4,1%		35,0%

Fuente: Elaboración propia.

c) En cuanto a discriminación por parte del personal de salud:

Las personas que respondieron en forma afirmativa acerca de los hechos de discriminación fueron, el 18,8% de las personas entrevistadas en las penitenciarías, el 10% de las personas en el Hospital Psiquiátrico, el 8% de las personas entrevistadas en el Instituto Superior de Educación Policial, el 4,8% de las personas en el Centro Nacional de Adicciones, y el 4,2% de las personas en los hogares de adultos/as mayores.

Tabla 51.

Realización de una denuncia de discriminación

Ámbitos de intervención del MNP	Sí
a) Centro de adicciones	4,8%
c) Hogar de adultos y adultas mayores	4,2%
e) Hospital Psiquiátrico	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	8,0%
h) Penitenciarías	18,8%

Fuente: Elaboración propia.

d) Denuncia por discriminación

Entre las personas que refirieron trato discriminatorio se indagó la realización de una denuncia por discriminación.

El 1,7% de las personas en centros educativos, el 10% de las usuarias/os del Hospital Psiquiátrico, el 4% de las personas entrevistadas en el Instituto Superior de Educación Policial, y el 7,8% en penitenciarías, realizaron una denuncia a alguna instancia institucional.

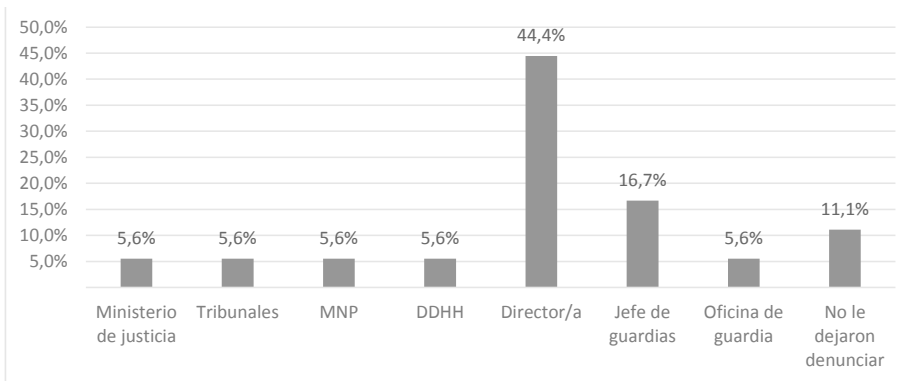
Tabla 52.

Realización de una denuncia de discriminación

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	No
a)Centros educativos	1,7%	98,3%
e)Hospital Psiquiátrico	10,0%	90,0%
f)Instituto superior de educación policial	4,0%	96,0%
h)Penitenciarías	7,8%	92,2%

Fuente: Elaboración propia.

Del total de las denuncias presentadas en las penitenciarías; el 44% de las personas que denunciaron malos tratos lo hizo ante el Director/a de la institución, el 16,7% ante el jefe de guardias, al 11,1% no le dejaron presentar una denuncia; el 5,6% ante el MJ, el 5,6% en Tribunales, el 5,6% ante el MNP, y el 5,6% ante DDHH.

**Figura 41.** Instancias donde se presentaron las denuncias. Fuente: Elaboración Propia**e) Tiempo de espera para ser atendido/a.**

Los parámetros de calidad de la atención apuntan a que las personas no esperen más de 30 minutos para ser atendidas desde que llegan al servicio hasta que entran a consulta. (FUNDESALUD, 2010)

*“El tiempo de espera es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción. Una disminución en el tiempo de espera aumenta la satisfacción de los usuarios”.
(De la Calle & Abejón, 2010)*

Para este ítem, la pregunta formulada fue: Desde que llegaste a la Sanidad, normalmente, ¿cuánto tiempo tenés que esperar para ser atendido por el/la profesional de salud?

El 76,3% de las y los adolescentes en los centros educativos respondieron que esperan

menos de 15 minutos para ser atendidos/as, al igual que el 45% de las personas en el Centro Nacional de Adicciones, el 100% de las adultas/os mayores en los hogares, el 88% de los niños/as y adolescentes en hogares, el 80% de las/os entrevistadas/os en el Hospital Psiquiátrico, el 91,7% de las personas en el Instituto Superior de Educación Policial, el 74,1% en el Liceo Militar, y el 46,9% de las personas en las penitenciarías.

Tabla 53.

Tiempo de espera para consultar en la sanidad.

Tiempo	a	b	c	d	e	f	g	h
Al instante							7,4%	0,6%
Menos de 5 minutos		10,0%						
Menos de 15 minutos	76,3%	45,0%	100,0%	88,0%	80,0%	91,7%	74,1%	46,9%
Entre 15 y 30 minutos	15,3%	5,0%			20,0%	8,3%	7,4%	15,7%
Entre 30 minutos y 1 hora	1,7%	20,0%		4,0%				16,4%
Más de 1 hora		5,0%						11,9%
1 a 2 horas								0,9%
3 horas				4,0%				0,6%
4 horas		5,0%		4,0%				
2 días								0,3%
1 mes		5,0%						
NS/NR	6,8%	5,0%					11,1%	6,6%

Fuente: Elaboración Propia

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

f) Explicación sencilla y comprensible del/la profesional en salud.

El usuario/a de los servicios de salud tiene el derecho de conocer su estado de salud. La información debe serle proveída por el profesional de salud competente con base en información científica, pero adaptando el lenguaje a la comprensión del usuario/a.

De las personas entrevistadas, el 66,1% de las/os adolescentes en centros educativos, el 85,7% en Centro Nacional de Adicciones; el 47,6% en hogares de adultos y adultas mayores; el 30,8% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 40% en el Hospital Psiquiátrico; el 91,7% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 74,1% en el Liceo Militar, y el 43,3% en las penitenciarías, respondieron que recibieron explicación sencilla y comprensible sobre su situación de salud.

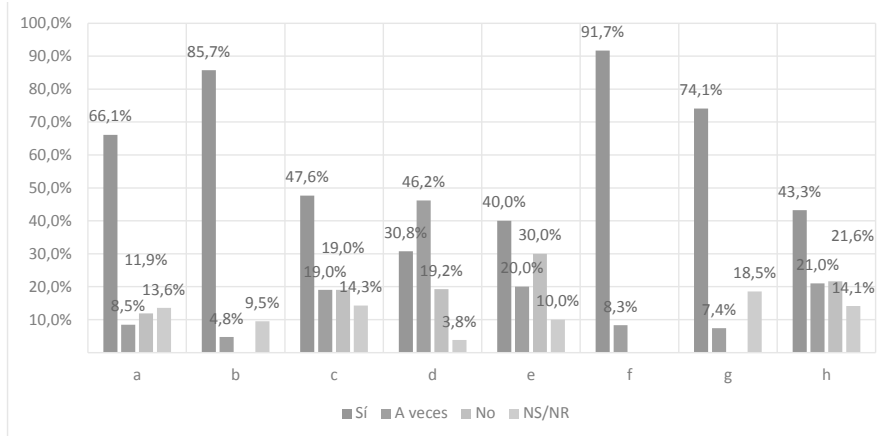


Figura 42. Explicación sencilla y comprensible sobre su situación.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

g) Recepción clara de la información brindada por el/la profesional en salud

De las personas entrevistadas, el 64,4% de las/os adolescentes en centros educativos, el 76,2% en centro de adicciones; el 45,8% en hogares de adultos y adultas mayores; el 53,8% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 50% en el Hospital Psiquiátrico; el 96% instituto de educación policial; el 74,1% en el Liceo militar y el 41,5% en las penitenciarías, respondieron que recibieron explicación sencilla y comprensible sobre su situación de salud.

Tabla 54.

Recepción clara de la información.

Ámbitos del MNP	Sí	A veces	No	NS/NR
a	64,4%	3,4%	13,6%	18,6%
b	76,2%	4,8%	9,5%	9,5%
c	45,8%	20,8%	16,7%	16,7%
d	53,8%	30,8%	15,4%	0%
e	50,0%	10,0%	30,0%	10,0%
f	96,0%	4,0%	0%	0%
g	74,1%	7,4%	0%	18,5%
h	41,5%	20,4%	22,9%	15,2%

Fuente: Elaboración Propia.

h) Conocimiento del nombre y uso de los medicamentos suministrados y/o aplicados en sanidad

Se realizó la siguiente pregunta: *En caso de haber recibido medicamentos o haber sido inyectado por alguna enfermedad ¿Te dijeron el nombre y para qué era el medicamento?*

Conocer y entender el tratamiento sugerido y la indicación de los medicamentos prescritos forman parte de los derechos de los/as usuarios de servicios de salud (Garay, 2003), uno de los indicadores de su cumplimiento puede ser inferido mediante los siguientes datos recabados:

De las personas entrevistadas, el 44,1% de las/os adolescentes en centros educativos, el 14,3% en Centro Nacional de Adicciones; el 29,2% en hogares de adultos y adultas mayores; el 28% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 60% en el Hospital Psiquiátrico; el 12% Instituto Superior de Educación Policial; el 7% en el Liceo Militar y el 32,7% en las penitenciarías, respondieron que no le dijeron el nombre y/o indicación del medicamento suministrado.

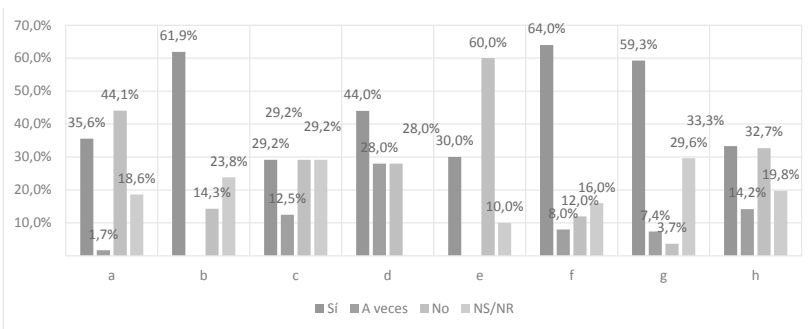


Figura 43. Nombre e indicación de medicamentos suministrados.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

i) Exámenes de laboratorio en los últimos 6 meses

El 66,1% de las/os adolescentes entrevistados en centros educativos, el 28,6% en Centro Nacional de Adicciones; el 29,2% en hogares de adultos y adultas mayores; el 30,8% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 20% en el Hospital Psiquiátrico; el 72% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 48,1% en el Liceo Militar, y el 51,4% en las penitenciarías, respondieron que no les realizaron exámenes de laboratorio en los últimos 6 meses.

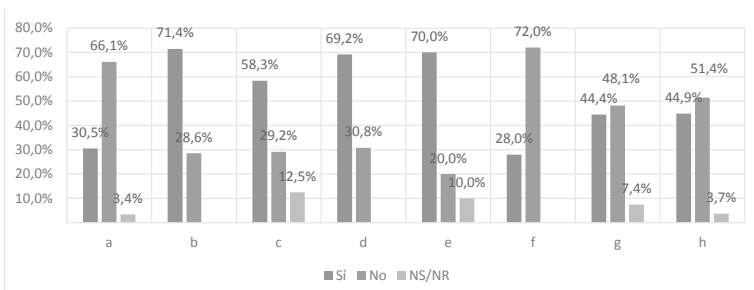


Figura 44. Análisis de laboratorio en los últimos 6 meses, Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

j) Acceso a resultados de exámenes de laboratorio.

De las personas entrevistadas que realizaron exámenes de laboratorio, el 49,2% de las/os adolescentes en centros educativos, el 38,1% en centro de adicciones; el 54,2% en hogares de adultos y adultas mayores; el 57,7% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 50% en el Hospital Psiquiátrico; el 52% instituto de educación policial; el 44,4% en el Liceo militar y el 60,7% en las penitenciarías, respondieron que no le dieron los resultados de sus exámenes de laboratorio.

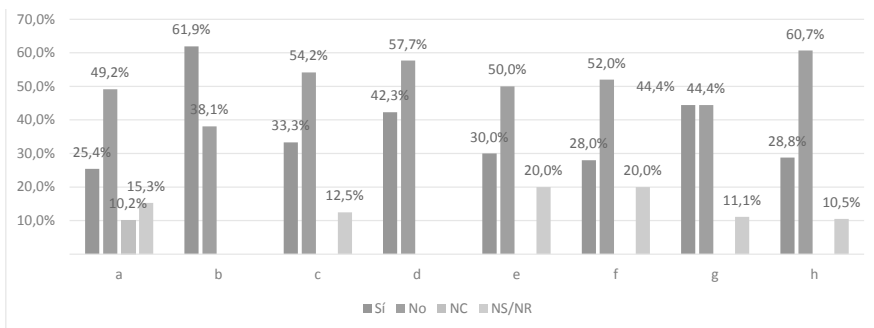


Figura 45. Acceso a resultados de exámenes de laboratorio Fuente: Elaboración propia. Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

k) Conformidad sobre la atención recibida

De las personas entrevistadas, el 22,4% de las/os adolescentes en centros educativos, el 8,3% en hogares de adultos y adultas mayores; el 26,9% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 10% en el Hospital Psiquiátrico; el 12% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 7,4% en el Liceo Militar, y el 42,9% en las penitenciarías, respondieron que no estaban conformes con la atención recibida.

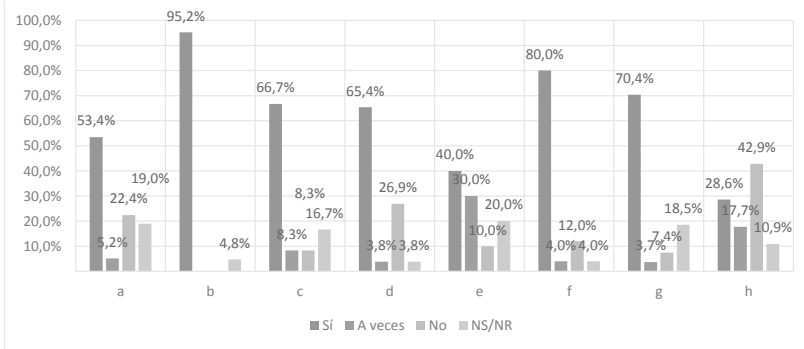


Figura 46. Conformidad con la atención en salud. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

l) Sugerencias para mejorar el servicio

Finalmente, para concluir la indagación acerca de la calidad y humanización de los servicios de salud, se realizó la pregunta: *¿Qué sugerencia tenés para mejorar el servicio?* A continuación, se sintetizan las sugerencias más frecuentes, realizadas por ámbito de intervención:

- Centros educativos: contar con medicamentos, atención respetuosa y mejorar la infraestructura.
- Centro Nacional de Adicciones: mejorar de la infraestructura, atención respetuosa y rápida.
- Hogar de adultos y adultas mayores: contar con medicamentos y profesionales para la atención médica.
- Hogar de niños, niñas y adolescentes: que la atención sea rápida, permanente y con medicamentos.
- Hospital Psiquiátrico: mejorar la limpieza, accedan a análisis de laboratorio y le expliquen en su idioma lo que tienen.
- Instituto Superior de Educación Policial: acceso a medicamentos, insumos y atención permanente.
- Liceo Militar: Dotación de medicamentos y equipamientos para la sanidad.
- Penitenciarías: Contar con medicamentos, profesionales capacitados y atención permanente (nocturna y fines de semana). Además piden atención permanente, rápida y respetuosa, Educación Sexual y atención de especialistas.

Salud Sexual y Reproductiva

Estudios

La pregunta formulada fue: Estando en la institución ¿le realizaron los siguientes estudios?

a) Realización de PAP (Papanicolau) en los últimos meses.

Esta consulta fue hecha a las mujeres institucionalizadas que refirieron haber tenido relaciones sexuales recientemente.

Tabla 55.

Realización de PAP en los últimos meses. Mujeres institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	No
a) Centros educativos	77,8%	22,2%
b) Centro de adicciones		100,0%
c) Hogares de adultos y adultas mayores	23,1%	76,9%
d) Hogares de niñas, niños y adolescentes	N.A.	
e) Hospital Psiquiátrico		100,0%
f) Instituto superior de educación policial	14,3%	85,7%
g) Liceo militar		100,0%
h) Penitenciarías	43,3%	56,7%

Fuente: Elaboración propia.

b) Entrega de resultados de PAP.

A las mujeres que respondieron afirmativamente, se les preguntó si les entregaron los resultados. El 100% de las adolescentes en centros educativos, el 100% de las mujeres en el Hospital Psiquiátrico, y el 85,7% en el Instituto Superior de Educación Policial, recibieron sus resultados.

Por otro lado, en hogares de adultas mayores apenas el 11,1% recibió el resultado del PAP y en penitenciarías, sólo el 53,3% de las mujeres que realizaron PAP recibieron su resultado.

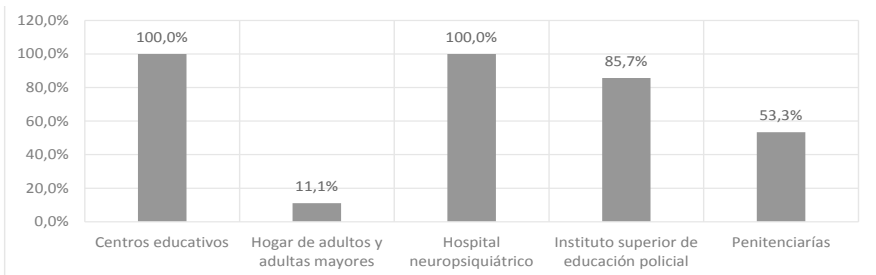


Figura 47. Entrega de resultados de PAP. Mujeres institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

El PAP es una prueba indicada en las mujeres sexualmente activas, instando su realización a todas las mujeres mayores de 18 años. Este examen, que forma parte de la oferta de servicios de ginecología, detecta en forma temprana anomalías del cuello de útero que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

La baja proporción de la población estudiada que accede en las instituciones a esta prueba, y la aún menor proporción de quienes tienen algún retorno sobre sus resultados, las expone al desconocimiento sobre su situación de salud y a presentaciones avanzadas de cáncer de cuello uterino en los casos en que se desarrolle la enfermedad, por la falta de diagnóstico oportuno.

c) Realización de Mamografía.

La mamografía es una prueba diagnóstica que forma parte de los programas de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM) y está indicada en los controles ginecológicos desde los 35 años en adelante (Yip, 2008)

Esta consulta se realizó a mujeres institucionalizadas a partir de los 35 años. En hogares de adultas mayores el 13,3% afirmó que se había realizado el estudio, así como el 15,4% de las mujeres privadas de libertad en penitenciarías, en el Hospital Psiquiátrico ninguna mujer del rango de edad indagado se realizó una mamografía.

Tabla 56.

Mamografía. Mujeres institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Sí	No
Hogar de adultos y adultas mayores	13,3%	86,7%
Hospital Psiquiátrico		100,0%
Penitenciarías	15,4%	84,6%

Fuente: Elaboración Propia.

140 d) Entrega de resultados de Mamografía.

A las mujeres que respondieron afirmativamente se les preguntó si les entregaron los resultados. En los hogares de adultas mayores, el 50% recibió su resultado. En penitenciarías, el 62,5% de las mujeres que realizaron mamografía recibieron su resultado.

e) Examen de próstata.

En la prevención del cáncer de próstata son dos las intervenciones sugeridas: el examen físico (tacto rectal) y el dosaje de PSA (antígeno prostático específico), las mismas deben realizarse en hombres a partir de los 55 a 69 años, como lo indican las orientaciones de la Asociación Americana de Urología.

En la población entrevistada, de los hombres que deberían realizar el estudio, el 50% de las personas en los hogares de adultos mayores lo hizo, y sólo el 4,8% de las personas privadas de libertad en penitenciarías.

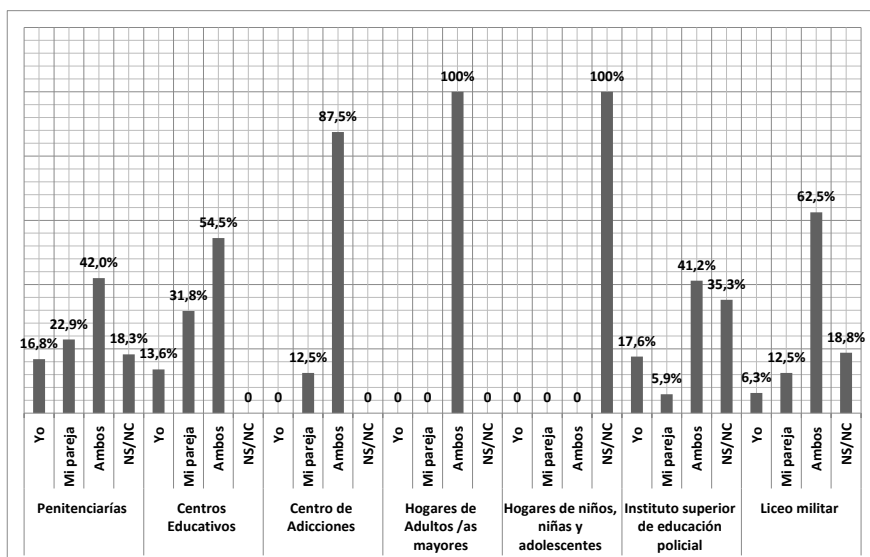


Figura 48. Examen de próstata. Hombres institucionalizados. Fuente: Elaboración Propia.

Planificación Familiar

Los puntos de este apartado fueron indagados entre las personas que refirieron tener actualmente relaciones sexuales.

a) Método anticonceptivo (MAC) utilizado o utilizando.

El método más utilizado en todos los ámbitos es el condón o preservativo. Utilizado por el 97% de las y los adolescentes entrevistados en centros educativos, el 75% en centro de adicciones, el 100% en hogares de adultos/as mayores y de NNA, el 64,7% en el instituto de policía, el 73,7% en el liceo militar y el 41,3% en penitenciarías.

Tabla 57.

Métodos anticonceptivos. Planificación Familiar. Personas institucionalizadas.

Ámbitos del MNP	Ninguno	Natural	Condón	ACO	Inyectable	DIU	Ligadura	Yuyos
a)	3,0%		97,0%					
b)	16,7%		75,0%		8,3%			
c)			100,0%					
d)			100,0%					
e)	No respondieron							
f)	11,8%		64,7%	17,6%	5,9%			
g)	21,1%		73,7%		5,3%			
h)	16,9%	8,1%	41,3%	11,0%	15,7%	2,3%	3,5%	1,2%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

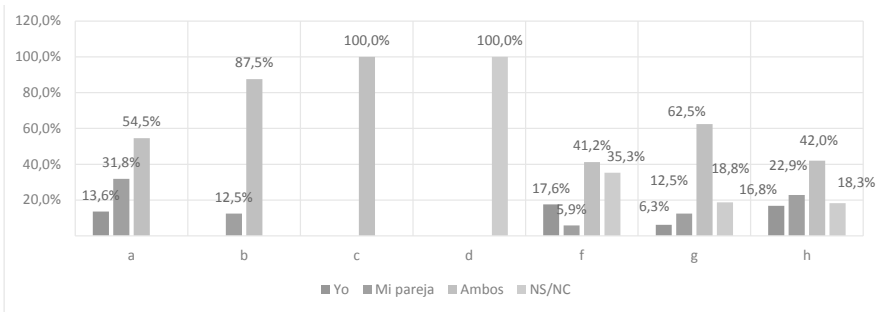
b) Decisión sobre el método utilizado.

La pregunta realizada fue: En la pareja ¿Quién decide el uso de los métodos de protección?

De las personas entrevistadas, el 13,6% de las/os adolescentes en centros educativos, el 17,6% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 6,3% en el Liceo Militar, y el 16,8% en las penitenciarías, respondieron que ellos/as mismos/as decidían el método a utilizar.

Por otro lado, respondieron que la decisión es tomada por ambas personas en la pareja, el 54,5% de las/os adolescentes en centros educativos, el 87,5% en Centro Nacional de Adicciones; el 100% en hogares de adultos y adultas mayores; el 41,2% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 62,5% en el Liceo Militar, y el 42% en las penitenciarías.

El 100% de los y las adolescentes de los hogares de niños, niñas y adolescentes, que refirieron tener relaciones sexuales, no respondieron esta pregunta, así como el 35,3% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 18,8% en el Liceo Militar, y el 18,3% en las penitenciarías.



142 **Figura 49.** Decisión del método anticonceptivo. Planificación Familiar. Fuente: Elaboración Propia.
Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

c) Dónde se obtiene el método.

En cuanto a los lugares donde consiguen el MAC que utilizan, se citaron varios lugares y formas de obtención, siendo los más frecuentes las farmacias, servicios de salud y estaciones de servicios, todos ellos externos al sitio de institucionalización.

Tabla 58.

Dónde se obtiene el método anticonceptivo. Personas institucionalizadas.

Ámbitos del MNP	Sanidad	Farmacia Externa	Hospital o centro de salud	Donación	Dispensa	Estación de servicios	Amigos	Familiares	Yyeyera
a)	9,7%	64,5%	3,2%		3,2%	6,5%	6,5%	3,2%	3,2%
b)		87,5%	12,5%						
c)		100,0%							
d)		100,0%							
e)									
f)		92,9%	7,1%						
g)		86,7%	13,3%						
h)	5,1%	70,1%	21,4%	0,9%			0,9%		1,7%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

d) Distribución de condones en sanidad.

Ante la pregunta *¿En la Sanidad se ofrecen condones en forma gratuita?*, las personas entrevistadas respondieron de la siguiente manera:

Respondieron que sí en el 10,2% de los casos de los y las adolescentes en centros educativos, el 9,5% en Centro Nacional de Adicciones; el 7,7% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 20,8% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 35,7% en el Liceo Militar, y el 21,4% en las penitenciarías.

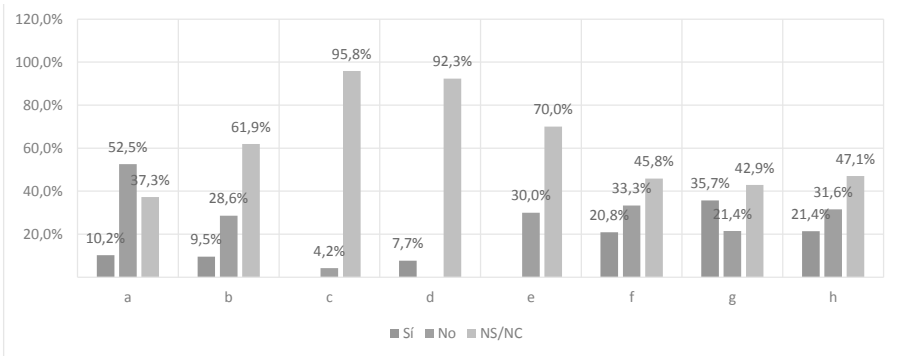


Figura 50. Condones gratuitos en la sanidad. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

e) Instrucción de uso de condones en sanidad.

A las personas que respondieron que consiguen los condones en la Sanidad se les preguntó: *¿En la Sanidad se les instruye para que sirve y como se usan los condones?*

El 50,8% de los y las adolescentes en los centros educativos; el 19% en el Centro Nacional de Adicciones; el 30% en el hospital psiquiátrico; el 8% en el Instituto Superior de Educación Policial, el 22,2% en el Liceo Militar, y el 41,5% de las personas en las penitenciarías, respondió que no recibió instrucción del uso de condones en la Sanidad.

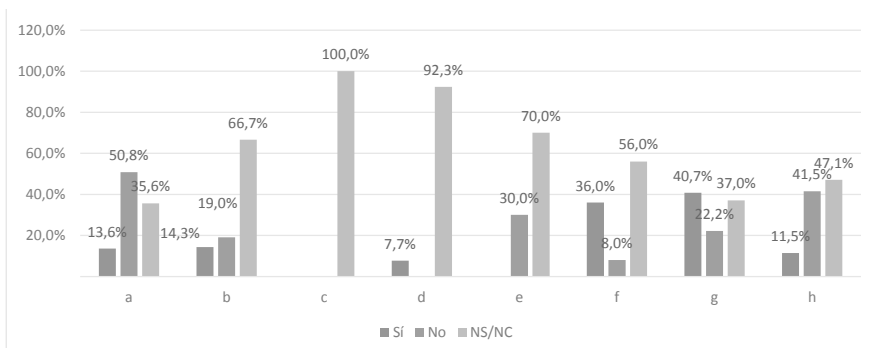


Figura 51. Instrucción de uso de condones en sanidad. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración Propia. Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Infecciones de Transmisión Sexual – ITS

a) Conocimiento sobre ITS.

La pregunta realizada fue: *¿Qué Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) conoces?*

Al ser una pregunta abierta, que por definición es que en una pregunta no se defina de antemano las alternativas de respuesta (Gómez, 2006), se dejó que las personas contesten en forma espontánea, con la intención de no condicionar las respuestas correctas, por lo que algunas personas nombraron afecciones que no corresponden a las ITS (rubeola, cirrosis, hongos, tuberculosis, vaginitis), las que fueron agrupadas dentro del ítem “NS/NR y otros” (Tabla 59, fila coloreada en gris).

No Sabe, No Responde y respondió otros cuadros que no son ITS, el 39,4% de los y las adolescentes en los centros educativos; el 30,8% en Centro Nacional de Adicciones; el 63,3% en hogares de adultos y adultas mayores; el 23,5% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 54,5% en el Hospital Psiquiátrico; el 3,2% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 2,6% en el Liceo Militar, y el 13,7% en las penitenciarías

En los centros educativos, el 38% conoce el VIH-sida; el 8,5% la sífilis, y el 7% conoce la gonorrea. En el Centro Nacional de Adicciones, 38,5% conoce el VIH-sida, 23,1% la sífilis, 3,8% el herpes genital, y 3,8% la gonorrea. En los hogares de adultos mayores, el 16,7% conoce la sífilis, el 13,3% el VIH-sida, y el 6,7% conoce la gonorrea. En los hogares de NNA, el 52,9% respondió que conoce el VIH-sida, el 20,6% conoce la sífilis, y 2,9% la gonorrea. En el Hospital Psiquiátrico, 36,4% de las personas entrevistadas conoce la sífilis, y 9,1% la gonorrea. En el Instituto Superior de Educación Policial, 35,9% conoce el VIH-sida, 26,6% conoce la sífilis, 20,3% la gonorrea, y 14,1% conoce el herpes genital. En el Liceo Militar, 31,6% conoce el VIH-sida, 21,1% conoce la sífilis, 25% la gonorrea, 14,5% conoce el herpes genital, 3,9% nombró al virus del papiloma humano, y 1,3% nombró al kypé (Ptiriasis pubis) como una ITS.

En cuanto a las personas entrevistadas en las penitenciarías, 28,6% conoce el VIH-sida, 28,5% conoce la sífilis, 11,7% la gonorrea, 5,1% conoce el herpes genital, 9,5% el virus del papiloma humano, y 3% reconoció al kypé (Ptiriasis pubis) como una ITS.

Tabla 59.

Conocimiento sobre ITS. Personas institucionalizadas.

ITS	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Ptiriasis pubis (Ladilla, Kypé)	1,40%						1,30%	3,00%
Gonorrea	7,00%	3,80%	6,70%	2,90%	9,10%	20,30%	25,00%	11,70%
Herpes genital	2,80%	3,80%				14,10%	14,50%	5,10%
Sífilis	8,50%	23,10%	16,70%	20,60%	36,40%	26,60%	21,10%	28,50%
VIH-sida	38,00%	38,50%	13,30%	52,90%		35,90%	31,60%	28,60%
Virus del papiloma humano	2,80%						3,90%	9,50%
NS/NR y otros	39,40%	30,80%	63,30%	23,50%	54,50%	3,20%	2,60%	13,70%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

b) Conocimiento de los síntomas de las ITS.

La pregunta formulada fue: *¿Cuáles son algunos de los síntomas de las infecciones de transmisión sexual?*

Esta también fue una pregunta abierta y las personas en su mayoría nombraron síntomas generales en una amplia lista. Las mismas se agruparon en el ítem “Otros (inespecíficos)” (Tabla 60, fila coloreada en gris).

En el análisis realizado, las respuestas se clasificaron en 3 categorías, las correctas, NS/NR y las inespecíficas. Tal como se grafica en la Figura 51, en los centros educativos, Centro Nacional de Adicciones, hogares de adultas/os mayores, hogares de niños/as y Hospital Psiquiátrico, las respuestas correctas fueron las más bajas, mientras que en el Instituto Superior de Educación Policial, el Liceo Militar y las penitenciarías, las respuestas correctas fueron las más altas.

Desagregando las respuestas correctas, siguió la misma tendencia, contando con mayor conocimiento acerca de síntomas de las ITS en las instituciones policiales, militar y penitenciarías.

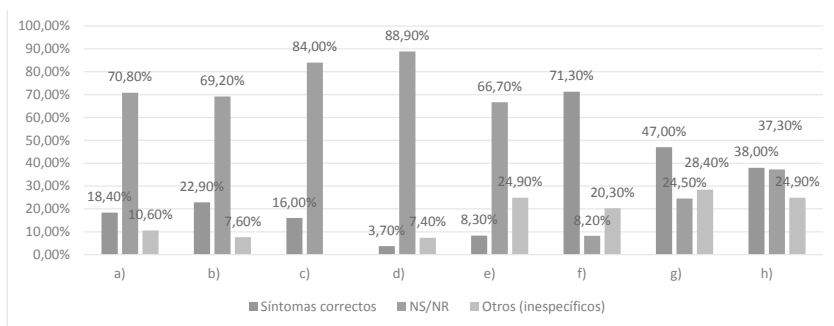


Figura 52. Conocimiento de los síntomas de las ITS. Personas Institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Tabla 60.
 Conocimiento sobre síntomas de las ITS. Personas institucionalizadas

SÍNTOMAS DE LAS ITS	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Ardor cuando orina	1,50%	11,50%				14,30%	10,20%	6,70%
Hinchazón en el área genital						4,10%	4,10%	3,00%
Irritación en el área genital		3,80%			8,30%	10,20%	4,10%	4,20%
Llagas en los genitales		3,80%				2,00%	4,10%	2,60%
Picazón genital						2,00%	2,00%	0,20%
Puntadas en el pene								0,20%
Ronchas	1,50%							
Secreción con mal olor	4,60%		4,00%	3,70%		6,10%	4,10%	6,00%
Secreción/goteo genital	7,70%	3,80%	8,00%			16,30%	14,30%	10,30%
Verruga genital	3,10%		4,00%			16,30%	4,10%	4,80%
NS/NR	70,80%	69,20%	84,00%	88,90%	66,70%	8,20%	24,50%	37,30%
Otros (inespecíficos)	10,60%	7,60%		7,40%	24,90%	20,30%	28,40%	24,90%

Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

c) Conocimiento sobre prevención de las ITS.

La pregunta abierta realizada fue: *¿Cómo las personas pueden evitar adquirir infecciones de transmisión sexual?*

De las personas entrevistadas, el 53,6% de las/os adolescentes en centros educativos, el 50% en Centro Nacional de Adicciones; el 77,8% en hogares de adultos y adultas mayores; el 53,6% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 63,6% en el Hospital Psiquiátrico y el 17,5% en las penitenciarías dijeron que no saben o no respondieron cómo se puede evitar la transmisión de las ITS.

Las respuestas de las personas que nombraron alguna forma de evitar la transmisión, pero cuya respuesta no fue correcta o fue inespecífica para las ITS, se agruparon en el ítem "Otros" (Tabla 61, fila coloreada en gris).

Algunas de dichas respuestas, que indican claramente que existe falta de información fueron: evitar compartir cubiertos, elementos de aseo personal, picaduras de mosquito, bebidas, tomando tereré solo, evitando besos, desinfectar y limpiar los espacios, orinar luego de las relaciones, protección de curanderos tradicionales, seguir a Dios.

Entre las respuestas incorrectas que denotan prejuicios se encuentran: lo busca uno mismo, no teniendo sexo con “personas de riesgo”, pedir prueba de VIH a la pareja, alejarse de los infectados. En cuanto a la respuesta “fidelidad en la pareja” si bien se coloca entre las respuestas correctas, la misma debe ser sostenida.

Tabla 61.

Prevención de la transmisión de las ITS. Personas institucionalizadas

ITS FORMAS DE EVITAR LA TRANSMISIÓN	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)
Abstinencia	4,30%	4,50%		3,60%	18,20%	16,70%	18,80%	3,70%
Evitando compartir agujas					9,10%	7,40%		3,10%
Evitando compartir navajas/hojas de afeitarse	1,40%							3,50%
Fidelidad de la pareja	2,90%		7,40%	3,60%		14,80%	8,30%	11,50%
Usando condón	29,00%	40,90%	3,70%	32,10%	9,10%	33,30%	47,90%	35,1%
NS/NR	53,60%	50,00%	77,80%	53,60%	63,60%			17,50%
Otros	8,60%	4,50%	11,10%	7,20%		27,80%	25,10%	25,70%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Para este apartado, la evidencia recabada apunta a que las personas institucionalizadas no cuentan con suficiente información acerca de las ITS, sus síntomas y modos de prevención, así como no tienen el acceso necesario a insumos de protección.

En ese sentido, si bien esta investigación no se centró en las condiciones particulares de enfermedad de la población estudiada, sino en la caracterización de los perfiles generales de salud, los hallazgos implican la necesidad de realizar estudios específicos que recauden las condiciones particulares con respecto a la prevención, prevalencia y atención a los casos de ITS en situación de encierro.

Los hallazgos en la presente investigación coinciden con los resultados obtenidos en un estudio reciente (Sánchez Recio & et al., 2016) que muestran que en las cárceles, en general, la incidencia de ITS es alta, los conocimientos respecto a las ITS son bajos y los comportamientos no favorables a la prevención de ITS son frecuentes.

Lo anterior, sumado a las condiciones de hacinamiento y otros factores (en especial en las penitenciarías), hace que las personas en situación de encierro sean más vulnerables a la transmisión de las ITS, lo que implica mayores esfuerzos del sector sanitario en intervenciones efectivas que garanticen el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas institucionalizadas.

Entre esos factores cabe citar, según la “Nota sobre políticas: Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones” (UNODC-OMS-ONUSIDA, 2013).

El hacinamiento, la violencia, las malas condiciones físicas de los establecimientos, la corrupción, el hecho de no aceptar la situación, la estigmatización, la falta de protección para los reclusos vulnerables, la falta de capacitación del personal penitenciario y la baja calidad de los servicios médicos y sociales.

Las 15 intervenciones a las que se refiere el documento citado son:

1. Información, educación y comunicación
2. Programas de acceso a preservativos
3. Prevención de la violencia sexual
4. Tratamiento de la drogodependencia, incluida la terapia de sustitución de opioides
5. Programas de suministro de agujas y jeringuillas
6. Prevención de la transmisión en los servicios médicos y dentales
7. Prevención de la transmisión por tatuajes, perforaciones corporales decorativas y otras formas de penetración cutánea.
8. Profilaxis posterior a la exposición.
9. Asesoramiento y pruebas del VIH
10. Tratamiento del VIH, atención y apoyo
11. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
12. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH
13. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
14. Vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis vira
15. Protección del personal ante los riesgos en el lugar de trabajo

Condiciones de Vida, Trabajo y Ambiente

148

a) Calificación de habitación:

Se define en este apartado como “habitación” al lugar dentro de la institución donde la persona duerme.

Las instituciones donde los/as entrevistados calificaron sus habitaciones como en peor estado, considerándolas pésimas fueron el 16,3% en las penitenciarías, 19% en el Hospital psiquiátrico y 6,8% en los centros educativos. Mientras que el 10,6% de las personas privadas de libertad en penitenciarías y el 8,5% en centros educativos calificaron la condición de sus habitaciones como mala.

Igualmente el 33,9% de los/as adolescentes en los centros educativos, el 38,1% de las PPL en las penitenciarías, el 30,0% en el Hospital Psiquiátrico, el 20,0% en el instituto policial, el 12,5% de las y los adultos mayores en los hogares y el 11,1% de las personas en el liceo militar, calificaron sus habitaciones como regulares.

Tabla 62.

Habitación. Condiciones de Vida. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	NS/NR
a) Centros educativos	30,5%	18,6%	33,9%	8,5%	6,8%	1,7%
b) Centro de adicciones	66,7%	33,3%				
c) Hogar de adultos y adultas mayores	75,0%	12,5%	12,5%			
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	88,5%	11,5%				
e) Hospital Psiquiátrico	30,0%	20,0%	30,0%		10,0%	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	28,0%	52,0%	20,0%			
g) Liceo militar	40,7%	48,1%	11,1%			
h) Penitenciarías	8,1%	26,3%	38,1%	10,6%	16,3%	0,6%

Fuente: Elaboración propia.

b) Condiciones del patio:

Se entiende por “patio” al espacio abierto fuera de la parte edificada de la institución.

De las personas entrevistadas, el 1,7% de las/os adolescentes en centros educativos; el 10% en el Hospital Psiquiátrico y el 15,3% en las penitenciarías, respondieron que las condiciones del patio son pésimas. Por su parte, el 5,1% en centros educativos, el 4,2% en hogares de adultos y adultas mayores y el 6,6% en penitenciarías consideraron malos los patios de sus instituciones.

Tabla 63.

Patio. Condiciones de Vida. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	NS/NR
a) Centros educativos	25,4%	16,9%	18,6%	10,2%	27,1%	1,7%
b) Centro de adicciones	42,9%	42,9%	9,5%	4,8%		
c) Hogar de adultos y adultas mayores	75,0%	12,5%	8,3%	4,2%		
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	84,6%	15,4%				
e) Hospital Psiquiátrico	20,0%	20,0%		40,0%	10,0%	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	28,0%	48,0%	24,0%			
g) Liceo militar	44,4%	44,4%	11,1%			
h) Penitenciarías	5,6%	25,0%	31,6%	10,0%	27,5%	0,3%

Fuente: Elaboración propia.

c) Condiciones de los baños:

Son “baños” los servicios de aseo y evacuación de desechos fisiológicos habilitados en las instituciones.

Las instituciones donde los/as entrevistados calificaron los baños como pésimos fueron el 27,5% en las penitenciarías, el 10% en el Hospital psiquiátrico y el 27,1% en los centros educativos. Mientras que calificaron la condición de sus baños como mala el 40% de las personas en el Hospital Psiquiátrico, el 10% de las personas privadas de libertad en penitenciarías, el 10,2% en centros educativos, el 4,8% en el centro de adicciones y el 4,2% en los hogares de adultos/as mayores.

Tabla 64.

Baños. Condiciones de Vida. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	NS/NR
a) Centros educativos	30,5%	39,0%	22,0%	5,1%	1,7%	1,7%
b) Centro de adicciones	52,4%	33,3%	14,3%			
c) Hogar de adultos y adultas mayores	75,0%	12,5%	8,3%	4,2%		
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	84,6%	15,4%				
e) Hospital Psiquiátrico	30,0%	30,0%	20,0%		10,0%	10,0%
f) Instituto superior de educación policial	40,0%	44,0%	16,0%			
g) Liceo militar	63,0%	29,6%	7,4%			
h) Penitenciarías	6,9%	32,2%	38,4%	6,6%	15,3%	0,6%

Fuente: Elaboración propia.

d) Condiciones de los lugares de recreación.

Son “lugares de recreación” los espacios de deporte, áreas de actividades culturales o de actividades lúdicas.

En los centros educativos, el 3,4% de los/as adolescentes entrevistados consideran pésimos los lugares de recreación, así como el 3,4% los considera malos.

En el Hospital Psiquiátrico, el 10% de las personas consideran pésimos los espacios de recreación, mientras que el 10% los considera malos.

En cuanto a las penitenciarías, el 15,3% de las personas privadas de libertad considera estos espacios como pésimos, y el 5,9% los califica como malos.

e) Condiciones del comedor.

Para el presente estudio, “comedor” es el espacio en común donde se ingieren los alimentos principales.

Fueron considerados pésimos los comedores para el 10,2% de los y las adolescentes en los centros educativos, para el 18,2% de las personas en el Hospital Psiquiátrico y para el 23,1% de las PPL en las penitenciarías. Por su parte, el 16,9% de los y las adolescentes en los centros educativos y el 7,2% en penitenciaría los considera en mal estado.

Por otro lado, consideran regulares los comedores el 23,7% de las/os adolescentes en centros educativos, el 14,3% en el centro de adicciones; el 12,5% de los adultos y adultas mayores en los hogares; así como el 20% en el instituto de educación policial; el 7,4% en el Liceo militar y el 24,1% en las penitenciarías.

f) Actividad antes de ingresar a la institución.

Las ocupaciones y medios de vida de las personas antes de entrar a las instituciones representan un espectro enorme y variado, la consulta fue abierta y las respuestas espontáneas. A continuación se presentan las principales ocupaciones por ámbito

de intervención. Es importante aclarar que se respetan los términos con los cuales las personas se refirieron a sus ocupaciones, sin que ello represente un lenguaje discriminatorio por parte del equipo investigador.

- a) Centros educativos: asalto/robo/motochorro: 18,4%; estudiante: 13,3%; albañil: 8,3%; desempleado/a; 8,3%; empleado/a de comercio: 6,7%; carpintero: 5%; mecánico: 5%; gomero: 3,30%; reciclador/a: 3,3%.
- b) Centro Nacional de Adicciones: desempleado: 30%; albañil: 10%; comerciante: 10%; cuidacoches: 10%; estudiante: 10%; empleado público: 5%; delivery: 5%; despachante: 5%; jardinero: 5%; lomitero: 5%; vendedor: 5%.
- c) Hogar de adultos y adultas mayores: desocupado/a: 22,2%; empleo doméstico: 16,7%; hachero: 11,1%; ama de casa: 11,10%; cocina: 5,6%; comerciante: 5,60%; chofer: 5,6%; jardinero: 5,6%; mecánico: 5,6%; vendedor: 5,6%; telandería: 5,60%.
- d) Hogar de niños, niñas y adolescentes: venta: 37%; desocupado/a: 22,2%; mendicidad/calle: 18,5%; estudiante : 11,1%; lustrabotas: 3,7%; empleo doméstico: 3,7%; libertad: 3,7%
- e) Hospital Psiquiátrico: agricultura: 20%; albañil: 20%; ama de casa: 20%; cuidado de caballos: 20%; gancho: 20%.
- f) Instituto Superior de Educación Policial: estudiante: 85,7%; carpintería: 3,6%; militar: 3,6%; empleo para profesión: 3,6%; venta: 3,6%.
- g) Liceo Militar: estudiante: 76%; agricultura: 12%; albañil: 4%; deportes: 4%; metalúrgica: 4%.
- h) Penitenciarías: ventas: 17,8%; comercio: 8,9%; albañil: 8,6%; ama de casa: 8,6%; estudiante: 4,3%; empleo doméstico: 4,3%; robo: 3%; reciclado: 3%; mecánica: 2,6%; agricultura: 2,6%; carpintería: 2,3%; desocupados/as: 2,3%; chofer: 2%; limpieza: 1,6%; herrería: 1,6%; panadería: 1,6%; microtráfico: 1,6%.

g) Actividad dentro de la institución.

Por otro lado se indagó acerca de las actividades que realizan las personas institucionalizadas dentro de sus lugares de encierro, a través de la pregunta: ¿Realizas alguna actividad dentro de la institución?, siendo las respuestas:

151

De las personas entrevistadas, el 40,7% de las/os adolescentes en centros educativos, el 42,9% en el Centro Nacional de Adicciones; el 20,8% en hogares de adultos y adultas mayores; el 84,6% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 50% en el Hospital Psiquiátrico; el 64% en el Instituto Superior de Educación Policial; el 74,1% en el Liceo Militar, y el 47,8% en las penitenciarías, dijeron realizar alguna actividad dentro de las instituciones.

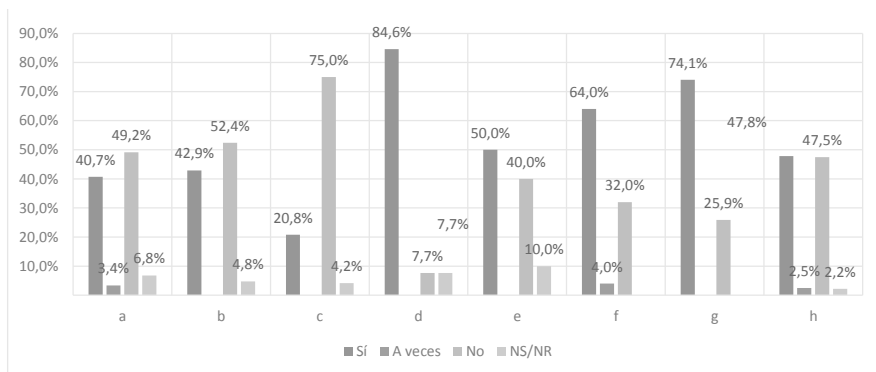


Figura 53. Actividad dentro de la institución. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarias

Al ser consultados sobre cuáles son esas actividades, respondieron:

- a) Centros educativos: estudiar: 17,1%; deportes: 14,3%; carpintería: 14,3%; manualidades; 8,6%; danza: 8,6%; zumba: 8,6%.
- b) Centro de adicciones: deportes: 40%; limpieza: 30%; estudiar: 20%; manualidades: 10%.
- c) Hogar de adultos y adultas mayores: manualidades: 42,9%; limpieza: 28,6%; ejercicios: 14,3%; dibujo y pintura: 14,3%.
- d) Hogar de niños, niñas y adolescentes: limpieza: 44,9%; jugar: 18,4%; estudiar: 18,4%; huerta: 6,1%; ejercicio: 2%; compartir con los compañeros/as: 2%.
- e) Hospital Psiquiátrico: limpieza: 33,3%; huerta: 16,7%; lavaplatos: 16,7%; manualidades: 16,7%; lustrabotas: 16,7%.
- f) Instituto superior de educación policial: limpieza: 34,8%; estudiar: 30,4%; deportes: 21,7%; dibujo y pintura: 8,7%; ejercicios: 4,3%.
- g) Liceo militar: limpieza: 26,1%; estudiar: 21,7%; instructor: 13%; deportes: 13%; música: 8,7%; asesoría jurídica: 4,3%; electricidad: 4,3%; radio comunicaciones: 4,3%; transporte: 4,3%.
- h) Penitenciarias: manualidades: 15,8%; estudiar: 8,7%; venta de comidas: 8,2%; limpieza: 7,6%; artesanía: 7,1%; ventas varias: 5,4%; oficios: 4,9%; trabajo en fábrica: 3,8%; lavar ropas: 3,3%; delegado/a de pabellón: 2,2%; culto religioso: 2,2%.

h) Exposición a situaciones de insalubridad en la institución:

Refirieron que se encuentran expuestos/as a situaciones o ambientes insalubres el 25,4% de los adolescentes en Centros Educativos; 16,7% en Hogares de adultos y adultas mayores; el 20% en el Hospital Psiquiátrico; el 4% Instituto de educación policial y el 49,7% en las Penitenciarias.

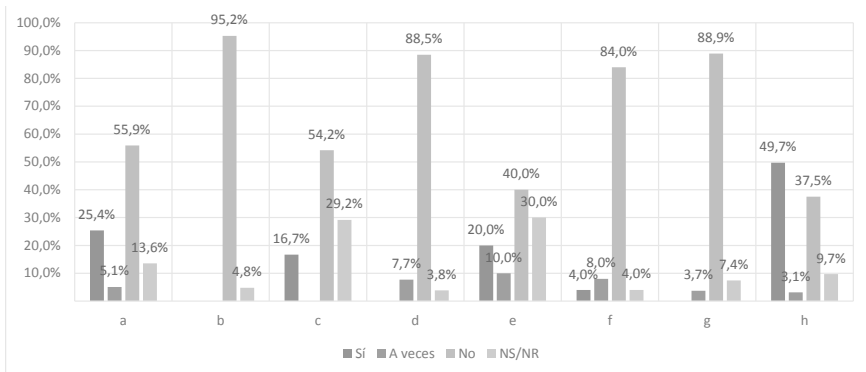


Figura 54. Exposición a situaciones de insalubridad. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia. Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

i) Situaciones de insalubridad en la institución, en:

- a) Centros educativos: Cloaca trancada, malos olores, pabellón sucio.
- b) Centro Nacional de Adicciones: NS/NR.
- c) Hogar de adultos y adultas mayores: Mosquitos, cambio de ropa sin consentimiento.
- d) Hogar de niños, niñas y adolescentes: NS/NR.
- e) Hospital Psiquiátrico: Baños sucios/trancados, hacinamiento.
- f) Instituto Superior de Educación Policial: Contacto con basuras, no tener días libres.
- g) Liceo Militar. NS/NR.
- h) Penitenciarías: Hacinamiento, baños sucios/trancados.

Percepción del Estado de Salud

a) Calificación de estado de salud

Se define la percepción personal del estado de salud (Abellán, 2003) como:

...uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud. (...) A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas (y variables según responda el propio entrevistado), se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y otras consecuencias de la misma.

La pregunta fue formulada siguiendo las recomendaciones de la 2ª Conferencia de la OMS para lograr métodos e instrumentos comunes para las encuestas de salud (Conferencia de Voorburg 1990):

¿Cómo calificas tu estado de salud, en general? : Bueno / Regular / Malo / Muy malo/ NS/NR.

La autopercepción de la salud es una de las medidas de la salud más sencillas, de las utilizadas y cuya relación con la utilización de servicios y la mortalidad ha sido establecida en numerosos estudios (Mossey, 1982). A pesar de ser una medida recogida mediante un solo ítem, es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud (Lee, 2000).

En el caso de los centros educativos, el 1,7% de las personas entrevistadas respondieron que su estado de salud es Malo, así como el 8,3% de las adultas y adultos mayores en hogares y el 10.1% de las PPL. Mientras que respondieron que su estado de salud es Muy malo el 4,2% de las adultas y adultos mayores en los hogares.

Para los adultos y adultas mayores, esta percepción posiblemente esté relacionada con factores propios del envejecimiento, sin embargo, dichos factores por si solos no deberían pesar en condiciones de cuidado efectivo como causa de mala percepción de la salud.

Tabla 65.

Calificación de su salud. Percepción del estado de salud. Personas institucionalizadas.

Ámbitos de intervención del MNP	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NR
a) Centros educativos	78,0%	18,6%	1,7%		1,7%
b) Centro de adicciones	80,0%	20,0%			
c) Hogar de adultos y adultas mayores	45,8%	41,7%	8,3%	4,2%	
d) Hogar de niños, niñas y adolescentes	88,5%	11,5%			
e) Hospital Psiquiátrico	30,0%	40,0%		10,0%	20,0%
f) Instituto superior de educación policial	88,0%	12,0%			
g) Liceo militar	92,6%	7,4%			
h) Penitenciarias	51,4%	35,3%	10,1%	2,2%	0,9%

Fuente: Elaboración propia.

154

b) Calificación de estado de salud actual comparado con antes de ingreso.

La pregunta formulada fue: *Comparando tu estado de salud antes de ingresar a la institución, sentís que ahora es: Mejor / Peor / Igual / NS/NR*

En los hogares de NNA la percepción fue mejor en el 96,2%. En el instituto de educación policial en el 84%. En el centro de adicciones el 65% y el 50,8% en centros educativos.

En el primer caso los NNA se encuentran en situación de abrigo, lo que antes de ingresar no pasaba, y en el segundo caso, el recibir tratamiento específico para la condición de adicción representa un alivio para la mayoría de los usuarios/as.

En cuanto a la percepción de mejoría de su estado de salud, que refieren en el Instituto Superior de Educación Policial, posiblemente se deba a que muchas personas al ingresar a la institución contaron por primera vez con asistencia médica

de manera frecuente. En el caso de los centros educativos, probablemente se deba a lo mismo, sumado a la situación de marginación y auto-marginación previa a su institucionalización, teniendo en cuenta los medios de vida que refirieron antes de su ingreso.

Sin embargo, en las penitenciarías, para el 36% de las personas privadas de libertad la percepción es que su estado de salud empeoró, así como para el 30% de las personas en el Hospital Psiquiátrico, el 12,5% de las y los adultos mayores en los hogares, el 25% de las personas en el Centro Nacional de Adicciones, y el 23,7% de las y los adolescentes en los centros educativos.

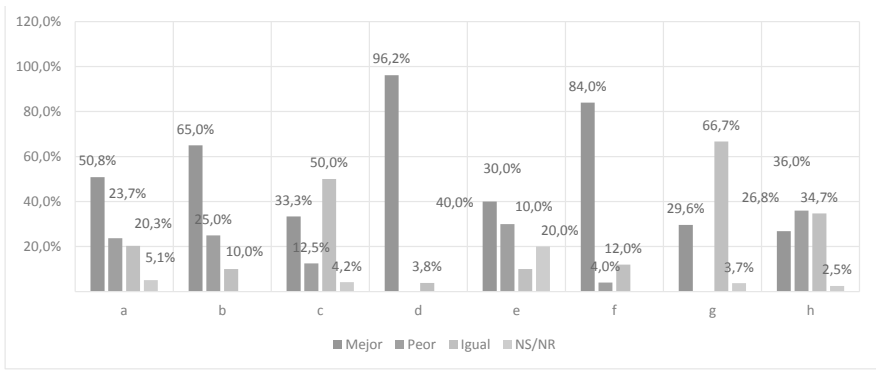


Figura 55. Comparación del estado de salud. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

c) Frecuencia de malestares, dolores o enfermedad

La pregunta hecha fue: *¿Dentro el último mes, cuántas veces te sentiste mal, con dolores o enfermo?*

Según el ámbito, en su mayoría, las personas entrevistadas refirieron que se sintieron mal, con dolores o enferman con una frecuencia de (Tabla 66, en gris las dos frecuencias mayores):

- Centros educativos: NS/NR y 1 vez al mes.
- b) Centro Nacional de Adicciones: NS/NR y nunca.
- c) Hogar de adultos y adultas mayores: NS/NR, 1 vez al mes y 1 vez por semana.
- d) Hogar de niños, niñas y adolescentes: 1 vez al mes y NS/NR.
- e) Hospital Psiquiátrico: 1 vez al mes y 1 vez por semana
- f) Instituto Superior de Educación Policial: Nunca y raras veces.
- g) Liceo Militar. Nunca y NS/NR.
- h) Penitenciarías: 1 vez al mes y 1 vez por semana.

Tabla 66.

Frecuencia de malestares, dolor o enfermedad. Personas institucionalizadas.

Frecuencia de malestares	a	b	c	d	e	f	g	h
Nunca	3,4%	26,3%	4,2%			60,0%	40,0%	13,9%
NS/NR	44,8%	36,8%	33,3%	15,4%	22,2%		28,0%	16,5%
Raras veces						20,0%	8,0%	1,9%
A veces	1,7%							
1 sola vez	5,2%	5,3%				4,0%		1,9%
3 veces		5,3%						
1 vez al año							4,0%	
Cada 6 meses							8,0%	
1 vez al mes	24,1%	10,5%	25,0%	76,9%	33,3%	16,0%	8,0%	24,2%
2 veces al mes	5,2%	5,3%		7,7%	11,1%		4,0%	15,2%
3 veces al mes								0,3%
1 vez por semana	6,9%	5,3%	25,0%		33,3%			22,3%
2 veces por semana		5,3%						0,6%
3 veces por semana	1,7%							0,6%
1 semana	1,7%							
Varias veces	1,7%							1,3%
Frecuentemente			4,2%					
Todos los días	3,4%		8,3%					1,3%

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

d) Malestar, dolor o enfermedad actual.

La mayoría de las personas respondió que al momento del estudio no presentaba ninguna dolencia o enfermedad. El espectro de respuestas se presenta en la siguiente tabla.

a) Centros educativos: ninguna: 58,3%; NS/NR: 21,7%; asma: 5%; epilepsia: 3,3%; forúnculos: 3,3%; sífilis: 3,3%.

b) Centro Nacional de Adicciones: ninguna: 78,9%; NS/NR: 10,5%; sífilis: 5,3%; asma: 5,3%.

c) Hogar de adultos y adultas mayores: ninguna: 11,4%; NS/NR: 14,3%; hipertensión arterial: 31,4%; artritis: 2,9%; cáncer: 2,9%; diabetes: 2,9%; hernia: 2,9%; hemorroides: 2,9%; varices: 2,9%.

d) Hogar de niños, niñas y adolescentes: ninguna: 60%; NS/NR: 30%; problemas de la vista: 10%.

e) Hospital Psiquiátrico: ninguna: 96,2%; VIH-sida: 3,8%.

f) Instituto Superior de Educación Policial: ninguna: 100%

g) Liceo Militar: ninguna: 78,6%; asma: 7,1%; anemia: 3,6%; colesterol: 3,6%; hipertensión arterial: 3,6%; triglicéridos: 3,6%.

h) Penitenciarías: ninguna: 44%; NS/NR: 14,9%; hipertensión arterial: 12%; asma: 3,8%; tuberculosis: 3,5%; anemia: 3,2%; diabetes: 2,9%; colesterol: 1,5%; alergia: 0,9%.

e) Actividades físicas cotidianas

En conjunto, considerando los tres grupos de edades, (5 a 17, 18 a 64 y 65 años en adelante) los beneficios que puede reportar la actividad física en general son mayores que los posibles perjuicios. Cuando se invierten 150 minutos semanales en actividades de intensidad moderada, las tasas de lesión del aparato locomotor son muy bajas y los beneficios cardiovasculares, altos. Para la población en general, el riesgo de lesiones del aparato locomotor podría disminuir si se fomentase un plan de actividad física inicialmente moderado, que progresara gradualmente hasta alcanzar una mayor intensidad (OMS, 2010).

La pregunta formulada fue: *¿Realiza con normalidad actividades físicas cotidianas?*

Se dieron opciones según un grado ascendente de dificultad: bañarse, vestirse, ejercicios, entrenamiento físico. Las respuestas fueron:

El 25,4% de las/os adolescentes en centros educativos, el 4,3% en centro de adicciones; el 54,2% en hogares de adultos y adultas mayores; el 70% en el Hospital Psiquiátrico; el 11,1% en el Liceo militar y el 45,6% en las penitenciarías refieren que sólo pueden hacer actividades de bajo rendimiento como bañarse y vestirse.

De las personas entrevistadas, el 49,2% de las/os adolescentes en centros educativos, el 65,2% en centro de adicciones; el 0% en hogares de adultos y adultas mayores; el 100% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 10% en el Hospital Psiquiátrico; el 100% en el instituto de educación policial; el 88,9% en el Liceo militar y el 25,3% en las penitenciarías refirieron poder realizar todas las actividades citadas.

Según la Organización Mundial de la Salud: (OMS, 2008)

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). La inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-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.

157

Además, en otra publicación sobre el tema, se especifican los beneficios de la actividad física y las recomendaciones por edad (OMS, 2010), concluyendo, como ejemplo que un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- *reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;*
- *mejora la salud ósea y funcional, y*
- *es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.*

En el presente estudio se halla que las y los adultos mayores no realizan las actividades físicas mínimas para mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT , depresión y deterioro cognitivo.

f) Sensación de cansancio o agotamiento.

La mayoría de las personas refiere que puede realizar las siguientes actividades: caminar, correr, realizar ejercicios, hacer deportes sin dificultad, excepto en Hogares de Adultos/as Mayores donde caminar causa agotamiento al 46,2% de las personas entrevistadas, al igual que al 33,3% de las personas en el Hospital Psiquiátrico y al 21,7% de las personas privadas de libertad en las penitenciarías.

g) Sensación de tristeza

De las personas entrevistadas el 8,5% de las/os adolescentes en centros educativos, el 5% en centro de adicciones; el 12,5% en hogares de adultos y adultas mayores; el 30% en el Hospital Psiquiátrico y el 22,1% en las penitenciarías respondieron que sienten tristeza siempre.

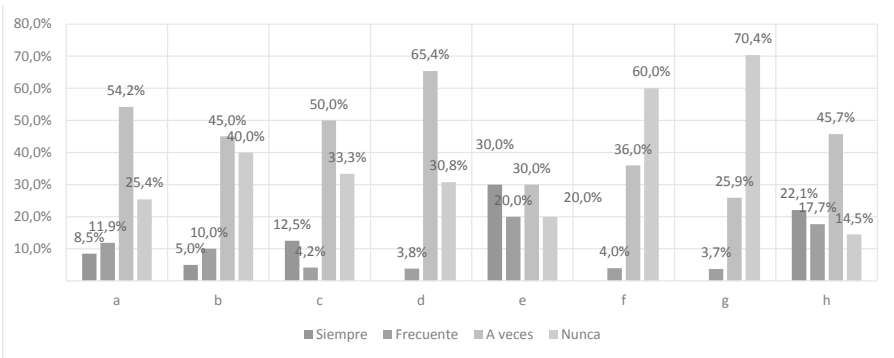


Figura 56. Sensación de tristeza. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

h) Sensación de nerviosismo

El 6,8% de las/os adolescentes en centros educativos, el 5% en centro de adicciones; el 12,5% en hogares de adultos y adultas mayores; el 30% en el Hospital Psiquiátrico y el 19,3% en las penitenciarías respondieron que se sienten nerviosos/as siempre.

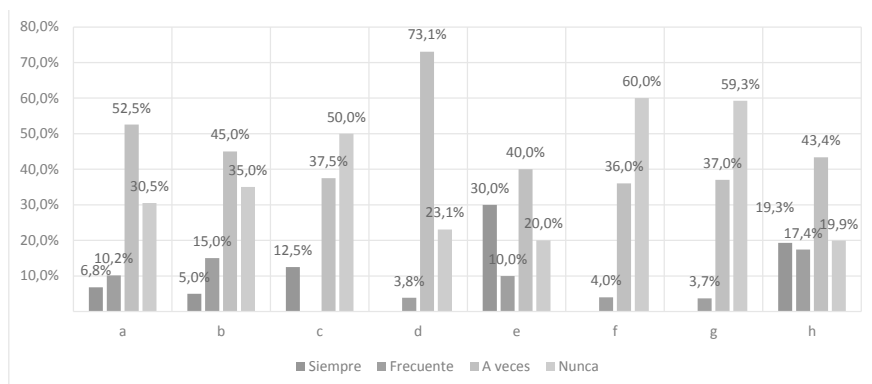


Figura 57. Sensación de nerviosismo. Personas institucionalizadas. Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto superior de educación policial; g) Liceo militar; h) Penitenciarías

Tanto la sensación de tristeza como el nerviosismo pueden ser síntomas de otros cuadros más complejos como la depresión (GSMP, 2011)

El paciente se suele presentar al principio con uno o más síntomas físicos, como dolores o “mucho cansancio”. Otras preguntas revelarán un estado emocional bajo, o pérdida severa y persistente de interés. A veces el paciente presenta nerviosismo, irritabilidad o un aumento en la agresividad. Un amplio rango de síntomas pueden acompañar o esconder una depresión, incluyendo ansiedad o insomnio, preocupaciones por problemas sociales como dificultades financieras o de pareja, el uso elevado de alcohol o drogas (...). Hay grupos de alto riesgo (p. ej. madres con niños recién nacidos, personas con una sentencia más larga de la que esperaban, y personas con trastornos físicos, como Parkinson, o esclerosis múltiple).

En el presente estudio se ha encontrado que la misma tendencia a cuadros de tristeza 159 y nerviosismo se repite, con mayor frecuencia en los ámbitos: centros educativos, hogares de adultos y adultas mayores, hospital psiquiátrico y penitenciarías.

i) Necesidad de médicos especialistas

Las personas entrevistadas fueron consultadas sobre si sienten la necesidad de realizar consultas con especialistas según las necesidades de salud que perciben, siendo las respuestas:

El 32,2% de las/os adolescentes en centros educativos, el 25% en el centro de adicciones; el 37,5% en hogares de adultos y adultas mayores; el 23,1% en hogares de niños, niñas y adolescentes; el 50% en el Hospital Psiquiátrico; el 16% en el instituto de educación policial; el 7,4% en el Liceo militar y el 58,8% en las penitenciarías creen que necesitan consultar con algún especialista.

Fisiólogo					25,0%		
Gastroenterólogo							0,9%
Geriatra							0,5%
Ginecólogo							8,8%
Médico nocturno	5,6%						
Médico más capacitado					25,0%		
Médico permanente							0,5%
Médico que atiende mejor					25,0%		2,8%
Neumólogo							1,9%

Fuente: Elaboración propia.

B. Proveedores/as de servicios de salud

En el presente estudio, desde el punto de vista de los/as proveedores/as, se realizaron entrevistas a 20 funcionarios/as que trabajan como personal de salud en 18 instituciones enmarcadas en los ámbitos de intervención del MNP, que se encontraban prestando servicios al momento de las visitas.

Caracterización de los lugares visitados

Tabla 68.

Lugares visitados. Proveedores de Salud.

Ambito de intervención	Lugar	Ciudad	Dpto	Entre vistas
1. Centro educativo 1	Virgen de Fátima	Asunción	Capital	1
2. Centro educativo 2	Itauguá	Itauguá	Central	1
3. Centro de adicciones	Nacional	Asunción	Capital	2
4. Hogar de adultos y adultas mayores 1	Santo Domingo	Asunción	Capital	1
5. Hogar de adultos y adultas mayores 2	Nuestra Sra. de la Asunción	Asunción	Capital	1
6. Hogar de adultos y adultas mayores 3	Santa Lucía	Villarrica	Guairá	1
7. Hogar de niños, niñas y adolescentes 1	Las tías	Presidente Franco	Alto Paraná	1
8. Hogar de niños, niñas y adolescentes 2	Ñemity	San Lorenzo	Central	1
9. Hospital Psiquiátrico	Nacional	Asunción	Capital	1
10. Instituto superior de educación policial	Gral. José Eduvigis Díaz	Luque	Central	1
11. Liceo militar	Acosta Ñu	Ñemby	Central	1
12. Penitenciaría 1	Regional	San Pedro	San Pedro	1
13. Penitenciaría 2	Regional	Ciudad del Este	Alto Paraná	1
14. Penitenciaría 3	Juana de Lara	Ciudad del Este	Alto Paraná	1
15. Penitenciaría 4	Juan de la Vega	Emboscada	Cordillera	1
16. Penitenciaría 5	Tacumbú	Asunción	Capital	2
17. Penitenciaría 6	Buen Pastor	Asunción	Capital	1
18. Penitenciaría 7	Regional	Villarrica	Guairá	1

Fuente: Elaboración propia.

Se utilizará en adelante la siguiente referencia:

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Caracterización de las personas entrevistadas

- Mujeres (75%), y hombres (25%). Se tuvo una mayoría de mujeres entrevistadas.
- El 35% tiene entre 27 y 33 años; el 35% entre 34 y 38 años y el 30% entre 40 a 58 años.
- En cuanto a la formación académica, son profesionales en: Licenciatura en enfermería (60%); Tecnicatura en enfermería (20%); Derecho (5%); Medicina – Geriátrica (5%); Medicina Clínica (5%); Medicina y Cirugía (5%).
- Antigüedad en el cargo: 1-3 años (45%); 4 a 8 años (35%); 10 a 27 años (20%). (Con esto se puede asumir que deben conocer todo el sistema de salud de las instituciones en donde trabajan)
- 30% funcionario/a contratado; 65% nombrada/o y 5% voluntaria/o.
- En cuanto a cobertura de salud, el 40% no cuenta con ningún seguro, el 5% tiene seguro institucional, el 35% tiene IPS y el 20% cuenta con seguro médico privado.
- El 45% de las proveedoras/es trabaja en otro lugar además de la institución.
- De las personas que trabajan además en otro lugar, el 55,6% lo hace en IPS.
- Todas las personas entrevistadas refirieron ser de orientación sexual heterosexual.
- Ninguna de las personas entrevistadas pertenece a pueblos indígenas.

Planes, Protocolos y Normas

El 75% de las/os proveedores refiere que conoce los planes, protocolos y normas de salud de la institución. El 40% de las personas entrevistadas no recibió capacitación previa al trabajo que ejerce.

Procedimientos estandarizados en el servicio

El 40% de las/os encuestadas/os refieren que los servicios de salud de las instituciones no cuentan con protocolos específicos de atención.

162 Dentro del 60% que respondió que si existen protocolos, la mayoría se refirió sólo a la inspección médica de ingreso o citaron algunas guías de manejo de patologías específicas.

Tabla 69.

Procedimientos estandarizados en el servicio.

Ámbitos del MNP	Procedim.	Tipo
1.	Sí	Ingreso
2.	Sí	Derivaciones a hospital de referencia
3.	Sí	Procedimiento de enfermería, de ingreso revisión
4.	Sí	Internación, lista de espera, 3 consultas. Leer a los internos el reglamento interno, higiene No hay nada escrito. Ingresar, evaluación
5.	Sí	Depende del evento
6.	No	----
7.	No	----
8.	Sí	Revisión médica al ingreso
9.	Sí	Ingreso
10.	Sí	Primeros auxilios y derivación
11.	Sí	Derivaciones
12.	No	----
13.	No	----
14.	No	----
15.	Sí	TBC, VIH, hipertensión
16.	No	----
17.	Sí	Inspección médica al ingreso
18.	No	----

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto Superior de Educación Policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo Militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Concepto de Salud Integral

Algunas definiciones dadas por los profesionales entrevistados (Tabla 69, filas en gris) no trascienden lo meramente biológica, basado en el concepto de enfermedad más que en el de la salud.

El resto de las definiciones expresadas amplían lo meramente biológico (ausencia de enfermedad) e incluyen otros aspectos como el cuidado, la alimentación, la prevención, apoyo familiar y comunitario, y la empatía, incluyendo el concepto de felicidad.

Las respuestas se acercaron en mayor o menor medida al concepto que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define a la Salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Tabla 70.

Concepto de Salud Integral. Proveedores de Salud.

Ámbito de intervención	Lugar	Ciudad	Dpto	Entre vistas
1. Centro educativo 1	Virgen de Fátima	Asunción	Capital	1
2. Centro educativo 2	Itauguá	Itauguá	Central	1
3. Centro de adicciones	Nacional	Asunción	Capital	2
4. Hogar de adultos y adultas mayores 1	Santo Domingo	Asunción	Capital	1
5. Hogar de adultos y adultas mayores 2	Nuestra Sra. de la Asunción	Asunción	Capital	1
6. Hogar de adultos y adultas mayores 3	Santa Lucía	Villarrica	Guairá	1
7. Hogar de niños, niñas y adolescentes 1	Las tías	Presidente Franco	Alto Paraná	1
8. Hogar de niños, niñas y adolescentes 2	Nemity	San Lorenzo	Central	1
9. Hospital Psiquiátrico	Nacional	Asunción	Capital	1
10. Instituto superior de educación policial	Gral. José Eduvigis Díaz	Luque	Central	1
11. Liceo militar	Acosta Ñu	Nemby	Central	1
12. Penitenciaría 1	Regional	San Pedro	San Pedro	1
13. Penitenciaría 2	Regional	Ciudad del Este	Alto Paraná	1
14. Penitenciaría 3	Juana de Lara	Ciudad del Este	Alto Paraná	1
15. Penitenciaría 4	Juan de la Vega	Emboscada	Cordillera	1
16. Penitenciaría 5	Tacumbú	Asunción	Capital	2
17. Penitenciaría 6	Buen Pastor	Asunción	Capital	1
18. Penitenciaría 7	Regional	Villarrica	Guairá	1

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Nemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto Superior de Educación Policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo Militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Capacitación continua o en servicio

Se entiende por capacitación continua o en servicio (OPS/OMS., 1995)

“La competencia de los trabajadores de salud consiste en conocimientos, habilidades, actitudes, destrezas y juicios necesarios para dispensar servicios de salud pertinentes, seguros y oportunos a una población dada. Al completar su formación inicial, el individuo, teóricamente, debería seguir siendo competente durante toda la carrera en el ámbito de su responsabilidad. La educación continua es un ingrediente indispensable de los sistemas de salud para asegurar la calidad y pertinencia de sus acciones a las necesidades de salud de la comunidad”.

El 30% de las personas encuestadas refirió no haber recibido ningún curso de formación, capacitación o actualización desde que ingreso al servicio. El 70% que dijo haber recibido formación en servicio lo hizo en su mayoría por parte del Ministerio de Salud, luego por el Ministerio de Justicia y en menor medida por otras instituciones.

En cuanto al Centro de Estudios Penitenciarios, dependiente del Ministerio de Justicia (Recuperado de: <http://www.ministeriodejusticia.gov.py/index.php/centro-de-estudios-penitenciarios>) tiene por objetivo la “Formación integral del personal para el trabajo en establecimientos penitenciarios y centros educativos de adolescentes,

comprometido con el mandato resocializador del sistema penitenciario y con las habilidades y conocimientos necesarios para un manejo adecuado dentro del contexto de encierro”. Sin embargo del total del personal entrevistado dependiente del Ministerio de Justicia, sólo el 40% refiere haber recibido formación por parte de la citada dependencia.

Tabla 71.

Capacitación continua o en servicio. Proveedores de Salud.

Ambitos del MNP	Capac. Continua	Curso	Institución capacitadora
1.	Sí	---	Ministerio de Salud (XVIII Región sanitaria) Ministerio de Justicia. Centro de Estudios Penitenciarios
2.	Sí	---	Ministerio de Salud Ministerio de Justicia (Relaciones Humanas).
3.	Sí	Postgrado en Adicciones	Ministerio de Salud. Centro Nacional de Adicciones (
4.	Sí	Geriatría	Ministerio de Salud
5.	Sí	---	Asociación Paraguaya de Enfermería
6.	No	---	-----
7.	Sí	---	Universidades privadas, Iglesia
8.	Sí	Intervención en crisis	SNNA
9.	No	---	-----
10.	No	---	-----
11.	Sí	Epidemias	Ministerio de Salud
12.	No	---	-----
13.	Sí	Atención Penitenciaria, Inducción para nuevo personal Protocolo de Estambul (Derechos Humanos)	Ministerio de Justicia. Centro de Estudios Penitenciarios
14.	Sí	---	Ministerio de Salud. Ministerio de Justicia. Centro de Estudios Penitenciarios
15.	Sí	Programa TB	Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto Superior de Educación Policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo Militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Atención Psicológica – Cuidado de cuidadores

Se formuló la siguiente pregunta: *Al personal de la institución ¿Les hacen estudios, o se les brinda atención psicológica?*

El 80% de las personas entrevistadas refiere no haber recibido atención psicológica personal, ni estrategias enmarcadas en sus roles de trabajadores/as de la salud, como la de “Cuidado de cuidadores”

Atención Médica al Personal de Salud

Solo el 40% de los proveedores de salud entrevistados tienen cubierta la atención médica en caso de enfermedad.

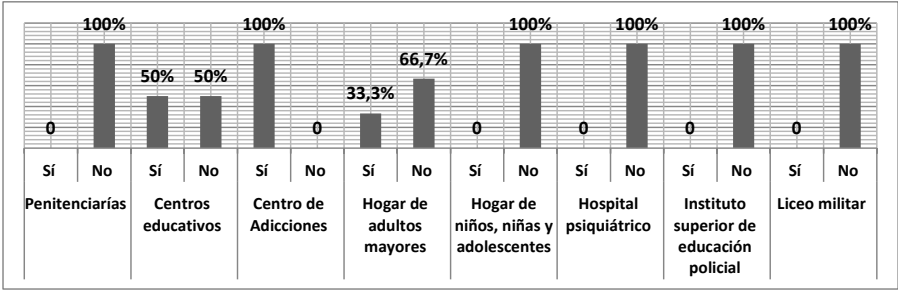


Figura 59. Atención médica al personal de salud. Proveedores de salud. Fuente: Elaboración propia.
 Ref.: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

Ambulancia para funcionarios de la institución.

El 70% de las personas entrevistadas refirieron que no cuentan con ambulancias para uso del personal de la institución.

Servicios brindados en las instituciones

Motivos de consulta más frecuentes

Entre los motivos de consulta más frecuentes se encuentra los dolores (de cabeza, oído, dientes), la presión alta y el síndrome de abstinencia (denominado comúnmente fisura).

166 Muchos proveedores refieren además que los problemas de piel (micosis) son derivados del hacinamiento y la falta de higiene.

Tabla 72.

Motivos de consulta más frecuentes. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Concepto
1.	Desde el ingreso de la persona, asistencia básica. Luego si existen problemas se le asiste (derivación)
2.	Bienestar físico y mental, a los adolescentes (se trata pero es difícil sobre todo por las drogas)
3.	Abarca todo, mental, psicológico, físico. Orientación a las personas al cuidado en general y protegerse, consejería
4.	Incluye bienestar físico, mental, nutricional y espiritual
5.	Bienestar físico y mental de las personas
6.	Alimentación y tratamiento en caso necesario, ausencia de enfermedades
7.	Brindar las condiciones médicas, sanitarias, preventivas y de tratamiento en caso de necesidad
8.	Bienestar físico y mental (habilitaron gimnasio y piscina para adictos al crack)
9.	Rehabilitación integral del enfermo psiquiátrico, apoyo familiar, comunitario, trabajar con el usuario
10.	Que la persona se sienta feliz, realizada, estar a gusto en un lugar. Ayuda al sano y al enfermo
11.	Bienestar físico, biopsicosocial del individuo y la comunidad
12.	El cuidado de las personas que necesitan, ponerte en el lugar de los otros (empatía)
13.	Incluye el buen estado físico y mental
14.	Es la salud de todos; física y mental. (El hacinamiento influye actualmente tenemos un VIH+, TBS no hay)
15.	Completo estado físico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades
16.	Que la persona no esté enferma
17.	Buen estado físico y mental, asistencia social
18.	Estado sin enfermedades y si las hubiese con los medios disponibles para tratar

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Enfermedades recurrentes

En cuanto a los motivos de consulta y/o enfermedades recurrentes, es decir, las más comunes y que persisten en varias consultas, los cuadros más referidos son los respiratorios, enfermedades de la piel (forunculosis y micosis), cefaleas e hipertensión arterial.

167

Cantidad de consultas atendidas

La cantidad de consultas atendidas depende de la naturaleza de la institución. En algunas instituciones (Hogares de NNA y de Adultos/as Mayores; instituto de policía y liceo militar) no existe un sistema de atención de salud institucional interno, sino se realiza el traslado de las personas a servicios del Ministerio de Salud cercano, por lo tanto la frecuencia de atención diaria es baja.

En las Penitenciarías la cantidad diaria atendida en las sanidades va de 30 a 50 personas por día.

Sistema de Registro de la atención

Las instituciones que no cuentan con Sanidad interna (Hogares de NNA y de Adultos/as Mayores; instituto de policía y liceo militar) trasladan personas a ser atendidas a Servicios de Salud de referencia, según necesidad.

De las instituciones que cuentan con Sanidad, el 80% utiliza y archiva Fichas Médicas de los pacientes internos.

En algunos casos aun habiendo Fichas Médicas, se utiliza solo el libro diario de consultas.

Tabla 73.

Sistema de registro de la atención. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Registros
1.	Fichas médicas. Parte diario.
2.	Fichas médicas (de algunos). Planillas de atención y medicación diaria.
3.	Fichas médicas (se abre en archivo, ingresa con la ficha. Se mantiene en enfermería. Al alta en archivo)
4.	Fichas médicas. Ficha personal diaria.
5.	Fichas médicas (no accesible para cualquiera)
6.	Fichas médicas (por cada paciente)
7.	No en la institución, las fichas médicas están en el centro de salud y hospital de referencia.
8.	No en la institución, las fichas médicas están en el Hospital Acosta Ñu (legales)
9.	Fichas Médicas. (Cada paciente tiene su ficha con su historial de tratamiento y medicación suministrada, así como sus datos personales)
10.	Libro de consultas (no tienen historias clínicas, las fichas están en el hospital de policía)
11.	Fichas médicas (Todos los cadetes tienen fichas e historial médico)
12.	Sólo planilla de atención general con los datos, motivo de consulta y medicamento suministrado
13.	Sólo control de atención, ficha de pacientes solo en algunos casos
14.	Fichas médicas (pero se registran en planilla los medicamentos suministrados y los tratamientos brindados)
15.	Fichas sobre situación de pacientes manejan los doctores, no la enfermería.
16.	Fichas médicas. (Cada interno tiene una ficha pero a veces no se utiliza porque se anota solo en un cuaderno de atención diaria del servicio)
17.	Fichas médicas (de paciente, registro de consultas, registro de medicación)
18.	Fichas médicas y Registro de atención

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto Superior de Educación Policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo Militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Inspección de Higiene

La pregunta para indagar el control que se realiza sobre la higiene de los establecimientos visitados, especialmente los lugares específicos de atención a usuarios/as, incluida la higiene de las personas formulada fue: *¿Realizan inspección de la higiene y del aseo de los locales y de los usuarios?*

El 30% de las personas entrevistadas respondió que no existen mecanismos de control de higiene y limpieza. Del 60% respondió en forma afirmativa, con diferentes niveles de control (desde visitas esporádicas hasta frecuencias diarias de inspección de higiene). Una persona expresó que no es frecuente la limpieza por parte de la empresa contratada porque *“Parece que es propiedad de uno de los capos de arriba”*.

Otra expresión referida en cuanto a la seguridad para realizar recorridos en las instalaciones, específicamente en el caso de la Penitenciaría de Tacumbú, la persona entrevistada dijo: *“Hay zonas donde por seguridad no podemos ni queremos ir”*. Datos como éste dan cuenta del nivel de discriminación que sufren las personas en las penitenciarías del país, por parte de los y las funcionarias de las áreas de salud de las penitenciarías. Éstos últimos, presas de las ideas que generan los mitos, y la desinformación acerca de la población de éstas instituciones.

Control de la alimentación

Se define como “dieta alimentaria” a la cantidad de principios alimenticios que deben ingerirse diariamente para poder satisfacer las necesidades del organismo (MSPyBS, 2015). Se preguntó sobre el control que se tiene sobre la alimentación de las personas institucionalizadas, tanto en calidad y cantidad de las comidas como en su preparación.

El 50% de las y los proveedores de salud entrevistados dijeron que se llevan controles sobre la alimentación, 15% no sabe y 35% refirió que no se realiza en su servicio.

Dijeron que se lleva control sobre los alimentos suministrados a las y los usuarios los profesionales de los centros educativos, centro de adicciones, hogares de adultos y adultas mayores y hogares de niñas, niños y adolescentes. En el hospital psiquiátrico no sabían, en el instituto de policía y el liceo militar dijeron que no se realizan controles en su servicio y en el caso de las penitenciarías, las respuestas variaron, desde profesionales que dijeron que no se realiza hasta algunos/as que respondieron que sí se realiza a veces.

Consentimiento para procedimientos

Fueron preguntados sobre si existen servicios y/o procedimientos para los cuales los/a usuarios/as necesitan el consentimiento de su pareja, familiares u otros representantes. Son necesarios los consentimientos, en el caso de los Hogares de Adultos/as Mayores (se solicita a quienes cuenten con familiares) y en los casos de tratamientos por adicciones.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares la respuesta fue que no se requiere consentimiento, sin embargo el mismo debería darlo el/a defensor/a a cargo. Si el niño ya está en situación de resguardo institucional ya no hay familiar a cargo sino la Defensoría.

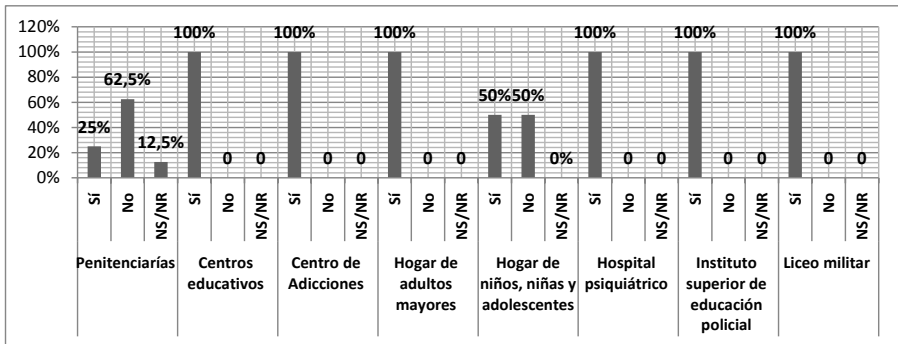


Figura 60. Consentimiento para procedimientos. Proveedores de Salud.

Cantidad y Formación del personal sanitario

Los/as entrevistados fueron indagados acerca de la cantidad de personal sanitario que tiene la institución y cuál es su formación. A fines de la investigación, la categoría “Médico General” abarca los médicos clínicos, médicos de familia y médicos cirujanos.

En los casos en los que hubo dos entrevistados de una misma institución, ambas personas difirieron bastante en la información referida.

Igualmente llama la atención que, cruzando datos en este ítem, en las entrevistas con usuarios/as éstos no reconocieron esa cantidad de profesionales de la salud y dijeron que no hay profesionales suficientes en ninguno de los ámbitos estudiados.

170 Tabla 74.

Cantidad y Formación del personal sanitario. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Cant.	Formación
1.	5	4 enfermeras, 1 trabajadora social
2.	15	3 médicos generales, 7 enfermeras, 1 odontólogo, 2 psicólogas, 1 psiquiatra, 1 trabajadora social
3.	21	15 enfermeros, 3 psicólogos, 1 psiquiatra, 2 operadores de contención. 3 enfermeros, 4 operadores de contención
4.	3	2 médicos generales, NS enfermeras, 1 sicóloga
5.	6	1 médico general, 4 enfermeras, 1 odontólogo
6.	2	2 enfermeras
7.	0	Sólo cuidadoras
8.	6	3 enfermeras, 1 odontólogo, 1 psicóloga
9.	3	2 enfermeras, 1 sicólogo
10.	13	3 médicos generales, 7 enfermeras, 1 odontólogo, 1 psicóloga

12.	5	3 enfermeras, 1 odontólogo, 1 psicóloga
13.	4	1 médico general, 1 enfermera, 2 odontólogos
14.	6	1 médico general, 1 enfermera, 1 odontólogo, 1 sicólogo, 1 neurólogo, 1 operador de contención
15.	12	4 médicos generales, 5 enfermeras, 1 odontólogo, 1 sicólogo, 1 siquiátra
16.	14	5 médicos generales, 5 enfermeras, 1 odontólogo, 1 siquiátra, 1 trabajadora social, 1 nutricionista
17.	16	5 enfermeras, 4 odontólogos, 6 sicólogos, 1 siquiátra
18.	8	2 médicos generales, 4 enfermeras, 1 odontólogo, 1 sicólogo

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto Superior de Educación Policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo Militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Tiempo de espera para la atención

Se indagó el tiempo promedio para que los usuarios/as sean atendidos en sus requerimientos de salud, llamativamente el 50% respondió que los mismos no esperan, que se les da atención inmediata, el resto de las personas consultadas refirió que el tiempo mínimo de espera es de 5 minutos y el máximo de 2 horas.

En el caso de los centros educativos, hogar de niños, niñas y adolescentes, Hospital Psiquiátrico, Instituto superior de educación policial, y el liceo militar, respondieron que se les atiende en forma inmediata. En el caso de los hogares de adultos y adultas mayores, la respuesta es de 5 minutos, en el centro de adicciones esperan 10 minutos y en las penitenciarías, la respuesta fue que las personas esperan desde 10 minutos hasta 2 horas en los casos en que hay solo un médico por día (Tacumbú).

Tiempo de consulta

Según las personas entrevistadas el tiempo de consulta varía de 5 minutos hasta 30 minutos (en los casos de primera consulta)

La definición de calidad de atención es muy amplia (Lemus & Aragües, 2004):

“la calidad en asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”

171

En nuestro país no está regulado el tiempo mínimo de consulta por persona. Bibliografía consultada de Europa propone destinar 60 min para la primera consulta de clínica médica y 20 min en las siguientes consultas (Errasti, 1997.).

Varios estudios sugieren que las consultas deberían tener una duración relativa de 20 min para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial”. (Lin CT, 2001)

Tiempo suficiente

Consultadas las personas entrevistadas si el tiempo de la consulta es suficiente para una atención de calidad al usuario/a, el 80% respondió que sí lo es.

Este es un criterio de valor según los parámetros personales de los/as entrevistados/as, no de estándares establecidos.

Horarios

Indagados sobre los horarios de atención, si los mismos son convenientes (o accesibles) para todos/as los/as usuarios/as que acuden al servicio, el 65% de las personas entrevistadas respondió que sí lo son.

Quienes respondieron que los horarios de atención no son convenientes (el 50% en hogares de NNA) y el 62,5% en penitenciarías) refirieron que o no cuentan con servicios todos los días o que no están cubiertos los horarios nocturnos para urgencias.

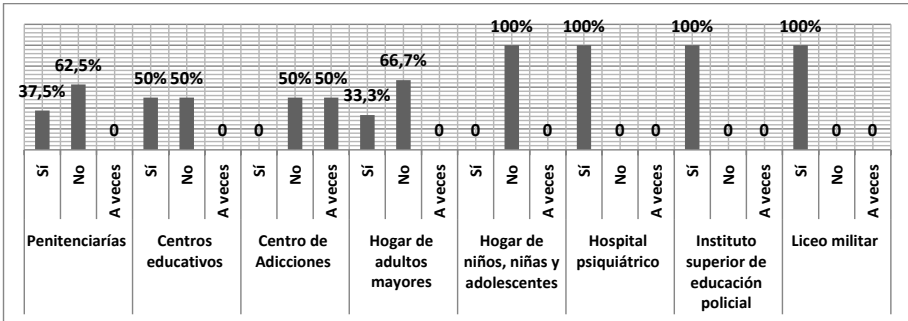


Figura 61. Horario conveniente. Proveedores de Salud.

172 Colaboración de internos/as en los servicios

Se consultó si en el servicio de salud existen personas internas que ayudan en tareas específicas.

El 60% respondió que no, dentro del 40% que respondió en forma afirmativa (hogares de adultas/os mayores, hospital psiquiátrico y penitenciarías), solo algunos tienen formación en el área de salud, y en el caso de los militares la colaboración no es voluntaria sino por orden del superior directo.

Acciones de Promoción y Prevención

En este cuadro se resumen las respuestas acerca de las acciones de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, que si bien en teoría son diferentes, fueron interpretadas por la mayor parte de las personas entrevistadas como sinónimos.

La Promoción de la Salud (OMS, 1998) es el proceso educativo que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, mientras que la Prevención de Enfermedades son las medidas destinadas a la reducción de los factores de riesgo de enfermarse, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

El 85% de las personas encuestadas respondió que en sus instituciones se realizan dichas acciones. Sin embargo, mezclan o confunden los conceptos de acciones educativas personales en el consultorio (consejería en Salud Sexual y Reproductiva o PAP) con actividades masivas como charlas educativas, vacunación, etc.

Tabla 75.

Acciones de Promoción y Prevención. Proveedores de Salud.

Ambitos del MNP	NO	SI	Acciones
1.		X	Salud sexual y reproductiva; y adicciones, salud bucodental, vacunación, desparasitación, consultas médicas
2.		X	Charlas educativas
3.		X	Escuela de salud, higiene. TB y VIH, abuso sexual, maltrato
4.		X	Vacunación, gripe, desparasitación, salud bucodental
5.		X	En caso de defunción, promoción no se hace por discapacidad
6.	X		Falta de presupuesto
7.		X	Higiene
8.		X	Charlas de reanimación, APS, bomberos
9.	X		----
10.		X	Fumigación, vacunación, salud sexual, higiene bucal y personal
11.		X	Vacunación, revista de piel antes de salir (si hubo maltrato o patología), 1º auxilios, salud sexual y reproductiva
12.		X	Campañas de vacunación del Hospital Regional
13.		X	Charlas de TBC, salud sexual y reproductiva por el Ministerio de salud y Alter Vida
14.		X	PAP, vacunación
15.		X	ET sexual, TBC, charlas con la III región sanitaria Hacen el PRONASIDA y el programa de Tuberculosis. Se hace en la consulta nada más, no en grupos.
16.		X	Se habla con los pacientes en la Sanidad
17.		X	Charlas y capacitación VIH, TBS
18.		X	TBS

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Ambulancia para usuarios/as

El 55% de las personas entrevistadas respondió que no existe ambulancia disponible para las urgencias dentro de su institución, el 40% respondió que sí cuentan con al menos una ambulancia.

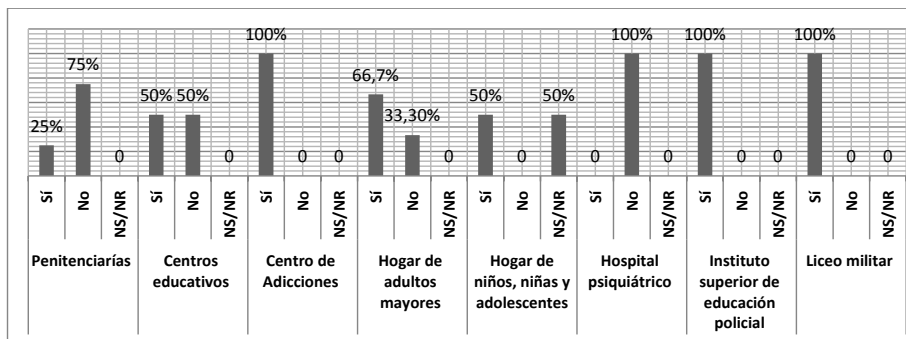


Figura 62. Ambulancia para Usuarios. Proveedores de salud. Fuente: Elaboración propia.

Ref.: a) Centros educativos; b) Centro de adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías

Equipamientos disponibles

Si bien las personas entrevistadas refieren que todos los lugares tienen equipamientos, algunos de ellos cuentan con los mismos sin un espacio físico ni personal que pueda hacer funcionar una Sanidad propiamente dicha, en el Ámbito 2 una oficina es utilizada como enfermería y no existe espacio físico en los Ámbitos 7, 8 y 9.

Tabla 76.

Equipamientos disponibles. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Equipamiento del servicio
1.	1° auxilios, toma presión, termómetro, nebulizador
2.	Camilla, balones de oxígeno, toma presión, balanza, instrumentales, nebulizador, esterilizador, termómetro
3.	Oxígeno, autoclave, nebulizador, caja de cirugía menor, tensiómetro, 2 móviles, caja de 1° auxilios - curación, lavandería, termómetro
4.	Nebulizador, aspiradora, Toma de presión
5.	Sutura, autoclave
6.	Toma de presión, estetoscopio, nebulizador, balón de oxígeno, camilla, silla de rueda
7.	Nebulizador, botiquín de 1° auxilios
8.	Camilla, nebulizador, toma presión, estetoscopio, botiquín de 1° auxilios
9.	Toma de presión, camilla, oxígeno
10.	Oxígeno, nebulizador, esterilizador, balones, tensiómetro, estetoscopio
11.	Esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, collarín, oxígeno, mascarillas, instrumentos para cirugía menor, balanza
12.	Camilla, escritorio, silla, fichero
13.	Estufa, camilla, estereoscopio, oxígeno
14.	Camilla
15.	Camilla, porta suero, caja de cirugía, esterilizador, Toma de presión
16.	Hay lo mínimo para funcionar (esterilizador, balones de oxígeno, tensiómetro, estetoscopio, autoclave)
17.	Oxígeno, porta sueros, caja de cirugía menor
18.	Camilla, toma de presión, estetoscopio

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Equipamientos necesarios

La pregunta realizada fue en torno a los aspectos que la persona creía necesarios tener en cuenta para mejorar el funcionamiento de los servicios. Una necesidad identificada por la tercera parte de las personas entrevistadas fue, contar con un espacio físico destinado a la Sanidad o mejorar el espacio que se tiene actualmente.

Tabla 77.

Equipamientos necesarios. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Necesidades
1.	Balón de oxígeno
2.	Espacio físico lo que falta
3.	Terminar la construcción parada desde el 2012. Hay mucha demanda y la capacidad actual es de hasta 12 personas Equipo para reanimación
4.	Renovar los equipos
5.	Infraestructura, mejor espacio de enfermería, pabellón de psiquiatría
6.	Ambulancia y renovar equipos actuales
7.	Ninguno (no se tiene enfermería)
8.	Oxígeno
9.	Monitor cardiaco, teléfono interno, caja de curación, caja de intubación, drogas de urgencias
10.	Es suficiente para los primeros auxilios
11.	Dispensario para poner medicamentos
12.	Balón de oxígeno, mejor infraestructura, estetoscopio, toma presión, esterilizador
13.	Esterilizador, nebulizador
14.	Armario para sus cosas, estante para medicamentos
15.	Camilla móvil, otra caja de cirugía, aparato de presión, computadora, impresora, 1 ambulancia
16.	Más que equipamientos se necesita cubrir los días que no se cuenta con médicos (3 días por cubrir). Lo que es muy preocupante es la falta de medicamentos e insumos básicos - Todos los médicos registran esta situación en el libro diario. Mudarse a la nueva Sanidad que es mejor
17.	Carro de reanimación
18.	Balón de oxígeno, nebulizador

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Nemy. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Nu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Espacios específicos en las instituciones

En este apartado se indagó acerca de dos espacios que son de utilidad en la atención sanitaria, espacios para Observación e Internación, y en forma adicional se indagó acerca de la utilización de lugares de Aislamiento, solo en caso de enfermedades infectocontagiosas, no así en el aislamiento disciplinario, práctica que no es parte de la atención en salud, sino por el contrario, puede ser un método de castigo arbitrario de las personas institucionalizadas, que da pie a maltratos, torturas, y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

De las personas entrevistadas, el 55% respondió que su institución cuenta con lugares de internación, el 85% con lugares de observación y el 45% con lugares de aislamiento.

Aspectos institucionales – Establecimiento de salud

Calificación de los Servicios que presta

Las variables propuestas a ser evaluadas fueron: Presupuesto, RRHH, insumos, Infraestructura y Calidad de atención.

La escala sugerida para la respuesta de tipo “autoevaluación” de los proveedores de salud fue de 1 (pésimo) 2 (malo), 3 (regular), 4 (bueno), al 5 (excelente). Una persona calificó el presupuesto e insumos de su servicio como 0 (peor que pésimo).

En la tabla 78 se marcan en gris las calificaciones por debajo de 3.

Tabla 78.

Calificación de los servicios de la institución. Proveedores de Salud.

Ámbitos de intervención del MNP	Presupuesto	RRHH	Insumos	Infraestructura	Atención
Centros educativos	4	5	5	4,5	4,5
Centro de adicciones	3	2,5	4	2	3,5
Hogar de adultos y adultas mayores	3,5	4,5	4,5	3	4
Hogar de niños, niñas y adolescentes	2	2,5	3	4	4
Hospital Psiquiátrico	1	3	1	1	3
Instituto superior de educación policial	3	3	3	3	3
Liceo militar	4	4	2	4	4
Penitenciarias	1,8	2,3	1,9	2,3	3,8

Fuente: Elaboración propia.

Estándares y mantenimiento de la limpieza

176 Se consultó si en el establecimiento existen estándares de control de la limpieza, el 65% dijo explícitamente que no existen estándares, el resto nombró quienes realizan la tarea pero no cuál es el estándar utilizado.

En cuanto a los responsables de mantener la limpieza, la mayoría refirió que son los y las internos/as quienes se encargan de limpiar, algunos refirieron que es el personal de salud quien realiza la limpieza y otros que limpiadores externos se ocupan de la tarea.

Calidad de la Atención

Mecanismos de control de calidad

Ante la pregunta: *¿Se cuenta con mecanismos para obtener las opiniones, quejas o sugerencias de usuarios/as?*, las personas entrevistadas respondieron:

El 30% respondió que no se cuenta con ningún mecanismo, mientras que el 70% dijo que cuentan con diferentes mecanismos de recepción de quejas o sugerencias de las y los usuarios, como se detalla en la tabla 79.

Tabla 79.

Mecanismo de seguimiento. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	NO	SI	Quien realiza seguimiento
1.		X	La educadora
2.		X	Directamente los médicos, enfermeras o el director general
3.		X	Cuadernito de quejas, satisfacción del usuario
4.		X	Van directo a la dirección
5.	X		----
6.		X	Con la directora
7.		X	A través de las educadoras y la directora
8.		X	Asamblea comunitaria
9.	X		----
10.		X	Jefe de sanidad
11.		X	Siguiendo la cadena de mando: 1. Oficial de semana, 2. Comandante de compañía, 3. Teniente Coronel o Comandante de cuerpo
12.		X	En forma personalizada
13.	X		----
14.	X		----
15.	X		----
16.		X	Informes en el Libro diario de Consultas
17.		X	A la directora
18.	X		----

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Reuniones sobre el Servicio

Se indagó sobre si los/as funcionarios/as (de apoyo y proveedores de salud) se reúnen con las autoridades para presentar y analizar temas vinculados a los servicios que se ofrecen (revisión de historias clínicas, revisión de complicaciones, etc.)

El 30% de las personas entrevistadas refirió que no se realizan reuniones, del 70% de los proveedores de servicios refirieron que si se realizan reuniones, según el ámbito dijeron que la frecuencia de las mismas es mensual, trimestral, semanal o 2 a 3 veces al año.

Reuniones sobre Calidad

Se realizó la pregunta: ¿Se reúnen los/as proveedores/as de salud con las autoridades para presentar y analizar temas vinculados a la calidad de la atención a usuarios/as?

- a) Centros educativos: El 50% respondió que si y 50% que no.
- b) Centro de adicciones: El 100% respondió que si se realizan reuniones con las autoridades.
- c) Hogares de adultos y adultas mayores: El 66,7% respondió que si hay reuniones y el 33,3% que no se realizan.
- d) Hogares de niños, niñas y adolescentes: El 50% respondió que si y 50% NS/NR.
- e) Hospital Psiquiátrico: El 100% respondió que no se realizan reuniones con las autoridades.
- f) Instituto superior de educación policial: El 100% respondió que si.
- g) Liceo militar: El 100% respondió que existen reuniones con las autoridades.
- h) Penitenciarías: El 25% respondió que si y 75% que no.

Profundizando sobre las causas de la no realización de reuniones sobre calidad de atención, en algunos casos se alegó falta de tiempo por el sistema de guardias. Otra persona dijo que para plantear los problemas se realizan anotaciones en el Libro Diario, en cada turno. También en un caso se nombró que adicionalmente se envían notas a las máximas autoridades pero que dichas notas no han tenido respuesta.

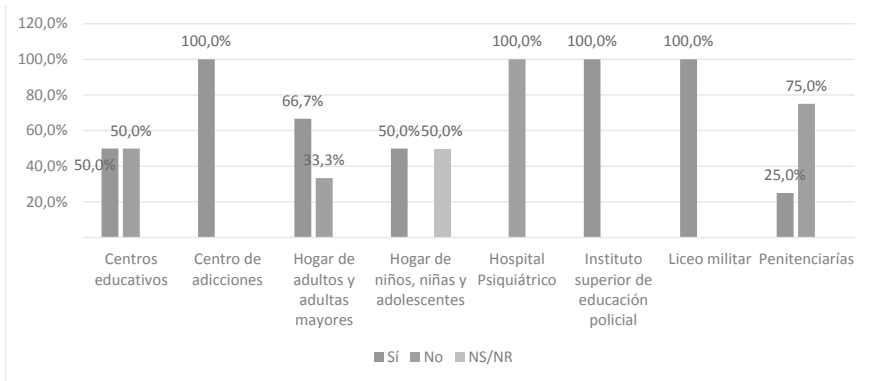


Figura 63. Reuniones sobre Calidad de Atención. Proveedores de Salud. Fuente: Elaboración propia.

Procedimientos de Urgencias
En ninguno de los casos las personas entrevistadas pudieron identificar un documento en el que se especifique el procedimiento utilizado en casos de Urgencias. La mayoría actúa por costumbre dada la experiencia empírica.

Tabla 80.

Procedimientos de Urgencias. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Procedimiento de Urgencias
1.	Derivación a un Hospital
2.	Traslado al Hospital Distrital o al Hospital Nacional de Itauguá
3.	Médico de guardia, él deriva
4.	Derivación a hospital de referencia. IPS que está en frente o Emergencias Médicas
5.	Dependiendo de la urgencia, van a Emergencias Médicas
6.	Derivación al Hospital de referencia
7.	Derivación al Centro de Salud de Pdte Franco o al Hospital Regional del Área 4; en los cuales priorizan la atención a los NNAs del hogar
8.	Derivación al Hospital de Acosta Ñu
9.	Llamar al médico de guardia para contención
10.	Derivación al hospital policial, si es medio urgente al Hospital Regional de Luque
11.	Derivación al Hospital Militar
12.	Derivación al Hospital Regional o al Hospital de Santa Rosa del Aguaray
13.	1. Primeros auxilios, 2. Estabilización, 3. Traslado a Hospital
14.	El móvil de traslado lleva a la persona en el hospital Regional del área 4
15.	Se llama a Urgencia. Con el móvil se lleva al centro asistencial lo más rápido posible
16.	No hay nada escrito. En caso de accidentes cortantes o casos de cirugía, se hace la inspección en la sanidad y se da la orden de traslado generalmente al Hospital Barrio Obrero, con custodia
17.	Derivación a centros especializados de atención médica, depende del caso, generalmente Emergencias Médicas
18.	Derivación al Hospital de referencia

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Medicamentos Disponibles

Modo de obtención de Medicamentos

Si bien los y las proveedores identifican bastante bien las instituciones que deberían dotar o proveer de medicamentos a los servicios, muchos de ellos refieren que no existen medicamentos disponibles y que dependen en gran medida de donaciones y muestras médicas, incluidas la autogestión y beneficencia.

Control de stock de medicamentos

El método de control de stock más utilizado es el uso de Planillas de entrada y salida de medicamentos que se denominan con varios nombres como: listado de control diario, registro de medicamentos, planilla de suministro, planillas de control, etc.

Medicamentos más utilizados

Los medicamentos de uso más frecuentes son los antiinflamatorios y analgésicos. Llama la atención la utilización frecuente de antipsicóticos en hogares de adultos/as mayores.

Tabla 81.

Medicamentos más utilizados. Proveedores de Salud

Ámbitos del MNP	Medicamentos más utilizados
1.	Analgésicos
2.	Analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos
3.	Psicotrópicos según stock e indicación, analgésicos, antiinflamatorio, vitaminas. Antimicóticos se pide al familiar
4.	Enalapril, analgésicos
5.	Enalapril, olanzapina, risperidona
6.	Antigripales, antidepresivos, hipertensivos, analgésicos, antibióticos
7.	Antigripales, antifebriles, analgésicos
8.	Psicofármacos, antidepresivos, analgésicos, antiinflamatorios
9.	Haloperidol
10.	Antiinflamatorio, antiespasmódico, antifebril
11.	Analgésicos
12.	Antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios. Actualmente solo hay inyectables
13.	Analgésicos
14.	Analgésicos
15.	Paracetamol, ibuprofeno, enalapril
16.	Antibióticos - Antiinflamatorios - Analgésicos - Anti hipertensivos - Medicación para Diabetes
17.	Analgésicos, antibióticos, antisépticos
18.	Antihipertensivos, analgésicos, antigripales, controlados

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto Superior de Educación Policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo Militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Tipos de medicamentos disponibles

La mayoría de los proveedores entrevistados refieren contar con disponibilidad de varios tipos de medicamentos (analgésicos antiinflamatorios, antigripales, antibióticos, antihipertensivos), no así en la Penitenciaría de Tacumbú, donde las personas entrevistadas refieren que no existe en stock ningún tipo de medicamento.

180

Stock de medicamentos

Al momento de la entrevista, los/as proveedores refirieron que contaban con varios tipos de medicamentos, sin embargo el 45% de las personas entrevistadas respondió que no habían medicamentos en stock, no sabían si existían o no habían en cantidad suficiente.

Medicamentos controlados

Teniendo en cuenta los estándares internacionales con respecto a los medicamentos psicotrópicos de uso en salud mental, (OPS, 2010) se especifica que:

Los psicofármacos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de la atención de salud mental de una población. Se seleccionan teniendo en consideración su importancia para la salud pública, los datos probatorios de eficacia y seguridad y la rentabilidad relativa. Deben estar disponibles dentro del contexto de los sistemas de prestación de servicios de salud mental en funcionamiento, en cualquier momento, en las cantidades adecuadas, en las formas y dosis farmacéuticas apropiadas, con calidad asegurada e información adecuada, y a un precio que el individuo y la comunidad puedan costear. Los psicofármacos esenciales sirven para paliar los síntomas de los trastornos mentales, abreviar el curso de muchas enfermedades, reducir la discapacidad y prevenir las recaídas.

Según la Lista de Medicamentos Esenciales (LME), elaborada en Paraguay (MSPyBS, 2009) se consideran “controlados” los medicamentos que afectan el sistema nervioso central “Anestésicos, Analgésicos, Antiepilépticos, Antiparkinson, Psicolépticos y Psicoanalépticos”.

Algunos de esos medicamentos controlados son: clorpromazina, flufenazina, haloperidol (utilizados en los trastornos psicóticos); amitriptilina, fluoxetina (utilizados en los trastornos depresivos); carbamazepina, carbonato de litio, ácido valproico (utilizados en los trastornos bipolares); diazepam (utilizado en la ansiedad generalizada y los trastornos del sueño); clomipramina (utilizado en los trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico); metadona y buprenorfina (utilizados en los programas de tratamiento de la dependencia de sustancias psicotrópicas).

En el presente estudio, entre los medicamentos identificados como controlados, algunos proveedores incluyeron antihipertensivos, insulina y medicamentos para VIH (antiretrovirales), los que no pertenecen a esta categoría. Todos coincidieron que de tener en stock, los medicamentos controlados se entregan bajo receta médica, en especial de psiquiatría.

Insumos disponibles

Se consideran insumos todos aquellos materiales, exceptuando medicamentos, que se encuentran disponibles en los servicios de salud para la atención directa a usuarios/as.

En casi todos los casos las instituciones cuentan con los insumos básicos para curación y procedimientos de primeros auxilios, aunque algunos mencionan que no tienen la cantidad suficiente para las necesidades.

Tabla 82.

Insumos disponibles. Proveedores de Salud.

Ámbitos del MNP	Insumos Disponibles
1.	Guantes, jeringas, baja lengua, tapabocas
2.	Gasa, IOP, guantes, jeringas, baja lengua
3.	Todo (no especifica)
4.	Guantes, jeringas, tapabocas, gasa, leucoplast
5.	Guantes, jeringas, todo lo que necesitan
6.	Guantes, gasa, yodo, curita, agua oxigenada, jeringas
7.	----
8.	Gasa, mercurio cromo, IOP, guantes, tapabocas
9.	Guantes, jeringas, tapabocas
10.	Guantes, jeringas, baja lengua, gasa, IOP, leucoplast
11.	Suero, punzocat, guantes, microgotero, jeringas, inyectables
12.	Gasa, IOP, guantes, jeringas
13.	Guantes, jeringas, gasa
14.	Guantes, jeringas, gasa, IOP, desinfectante
15.	Algunas jeringas y tapabocas
16.	Algunos insumos (jeringas, guantes, gazas para curación) hay pero en cantidad insuficiente
17.	Guantes, jeringas, tapabocas
18.	Gasas, mercurocromo, hilo de sutura, yodo

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Ñemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Derecho a la Salud

Humanización de la Atención en Salud

Cuando se habla de Humanizar la Atención en Salud significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano. Siendo más enfáticos, fundamentalmente es (Correa, 2016) el reconocimiento de la dignidad exclusiva del paciente, que logre sentirse valorado como persona con todos sus derechos, cuando se le deje de ver como un número y cuando la salud deje de percibirse como un negocio.

El 30% de las personas entrevistadas respondió que no sabía el concepto, el resto de las personas ensayó distintas definiciones que abarcaron temas como el consentimiento informado, la solidaridad, el bienestar y el buen trato.

Salud – Perspectiva de Derecho

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda

adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosas que incluyen (OMS, 2015): No discriminación; Disponibilidad; Aceptabilidad; Calidad; Rendición de cuentas y Universalidad.

El 30% de las personas entrevistadas respondió que no sabía el concepto, el resto de las personas tuvo cierta noción, sobre todo en lo que respecta a la universalidad de la atención (todas las personas deben ser atendidas por igual).

Salud – Perspectiva de Interculturalidad

Se indagó acerca del concepto de interculturalidad por un lado, y por el otro, el conocimiento acerca de prácticas de los pueblos indígenas con respecto a la salud.

El 55% de los proveedores de salud respondieron que no conocen el concepto y que no fueron capacitados. De entre quienes dijeron conocer el concepto, la mayoría solo se remite al uso de plantas medicinales.

Algunos proveedores manejan información sesgada por ciertos prejuicios, y mantienen actitudes de atención y trato en función a ellos (son muy cerrados, no quieren hacerse estudios, duermen en el piso, comen con la mano, etc.).

Salud – Enfoque de Igualdad de Género

El 45% de los proveedores de servicios dijo desconocer el concepto de género, sin embargo muchos tuvieron una idea aproximada del concepto de igualdad y no discriminación.

Atención a las personas Trans*

El 35% de los/as proveedores de servicios de salud no conocían el concepto de diversidad sexual ni de personas trans. Algunas personas insistían en que “a pesar de” su condición, ellos no discriminan y hay que atenderles igual, actitud que conlleva una gran carga de discriminación inherente.

Derechos Humanos vinculados con la Salud

A las personas entrevistadas se les pidió que citaran los DDHH que recordaran, sin leerles ninguno, que a su criterio estuvieran vinculados a la Salud.

Se realizó el cruce de las respuestas dadas con un listado básico:

- Derecho a la vida
- a la privacidad
- a la libertad y a la seguridad
- a la información y educación
- a la libertad de pensamiento
- a los beneficios del progreso científico
- a no ser sometidos a torturas y malos tratos
- a la libertad de reunión y participación política
- a decidir tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos
- a una vida sexual satisfactoria, sin riesgos de contraer ITS por el VIH
- a la atención de buena calidad y a la protección de la salud
- a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia
- a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación

El resultado de los conocimientos de proveedores sobre DDHH vinculados a la salud fue:

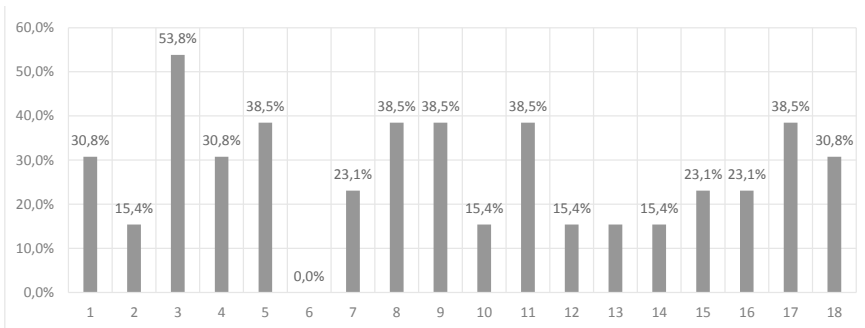


Figura 64. Conocimiento sobre Derechos Humanos. Proveedores de Salud. Fuente: Elaboración propia.

Comentarios Finales

Ante la consulta *¿Qué sugerencia tiene para mejorar el sistema de salud institucional?*, las respuestas fueron variadas.

B. Proveedores/as de servicios de salud

Los/as proveedores de salud entrevistados/as identificaron necesidades de mejora en temas de infraestructura, equipamientos, capacitación, discriminación a usuarios/as, presupuesto institucional, medicamentos y cantidad de RRHH

Tabla 83.**Sugerencias para mejorar el sistema de salud**

Ámbitos del MNP	Comentarios - Sugerencias
1.	Espacio físico mejorar (Es una cuestión temporal, están de mudanza)
2.	Eliminar la discriminación en los hospitales cuando llevan a los adolescentes del centro educativo, para atención médica
3.	Terminar bloque en construcción. Capacitar en no discriminación, se actúa sólo por sentido común
4.	----
5.	Que se atienda a todos por igual priorizando por severidad
6.	Falta más ayuda del gobierno y de autoridades de la zona, mucha precariedad
7.	Apoyo económico del gobierno, aunque están bien faltan algunas cosas para que sea óptimo.
8.	El mayor déficit es el presupuesto, falta más ayuda del gobierno
9.	Presupuesto real que se aplique. Estímulo económico, capacitación y uniformes para funcionarios. Faltan medicamentos clínicos por ejemplo para gripe. Los baños del pabellón en donde estoy están colapsados. De noche acá es un mundo aparte, los internos tienen relaciones sexuales entre ellos
10.	----
11.	Más medicamentos es la mayor falencia
12.	Más medicamentos, falta médico clínicos, oxígeno, mejorar infraestructura, sábado y domingo no hay enfermería
13.	Faltan médicos (sólo hay martes y sábados), falta más medicamentos, mejorar el sistema de fichas, falta un fichero. No recorren las instalaciones ni verifican calidad de alimentos debido a la gran cantidad de pacientes que deben atender. Falta atención psicológica
14.	Faltan más horas de atención en salud y más cantidad de alimentos. Tiene del programa de VIH y VDRL reactivos para hacer análisis. Falta ambulancia, se usa el móvil de traslado
15.	Más médicos para mejorar atención. Ambulancia con chofer para estudios internos de parientes. Atención privilegiada en centros de salud para internos, porque deben esperar y se pierde todo el día sólo esperando el turno. Más medicamentos, no abastece para toda la población
16.	Actualmente el lugar para internación (6 camas) se utiliza como una especie de celda de seguridad, por lo que no se puede disponer para enfermos que necesiten. Además, no se sabe cuál es el criterio para utilizar las 26 camas de la Sanidad Nueva. Esto causa disconfort en el personal de salud. Falta tiempo para hacer todo lo que se supone deberíamos hacer para atender mejor a los pacientes. Mantener la Salud de la población penitenciaria es también un tema de Seguridad. Hay 5 cosas que se necesitan para mejorar: - Alimentación buena (nosotros no tenemos intervención sobre la dieta de los internos) - Medicamentos e insumos. Porque si no, no tenemos nada que hacer. - Seguridad mínima para realizar nuestro trabajo. - Un lugar para descansar, eso no tienen los reclusos. - Mejorar el aseo personal y de la Institución. Hay problemas de saneamiento básicos que se tarda en solucionar. Problemas de agua, cañería, conexiones eléctricas. Es una bomba de tiempo. Conocemos que hay esos problemas pero no nos corresponde solucionarlos ni hacer recorridos, no tenemos garantías. Un dolor de muelas incluso puede ser causa de un motín.
17.	Médicos permanentes, más remedios, más equipamientos y más insumos
18.	Mejorar infraestructura de la sanidad, contratar más personal de blanco, mantener siempre stock de medicamentos más utilizados en el servicio. Comprar más equipamientos, hacer proyectos de salud y que se ejecuten

Fuente: Elaboración propia.

Ref.: 1. Centro educativo Virgen de Fátima. 2. Centro educativo Itauguá. 3. Centro Nacional de adicciones. 4. Hogar de adultos y adultas mayores Santo Domingo. 5. Hogar de adultos y adultas mayores Nuestra Sra. de la Asunción. 6. Hogar de adultos y adultas mayores Santa Lucía. 7. Hogar de niños, niñas y adolescentes Las tías. 8. Hogar de niños, niñas y adolescentes Nemity. 9. Hospital Psiquiátrico. 10. Instituto superior de educación policial Gral. José Eduvigis Díaz. 11. Liceo militar Acosta Ñu. 12. Penitenciaría Regional de San Pedro. 13. Penitenciaría Regional de Ciudad del Este. 14. Penitenciaría Juana de Lara. 15. Penitenciaría Juan de la Vega. 16. Penitenciaría de Tacumbú. 17. Penitenciaría del Buen Pastor. 18. Penitenciaría Regional de Villarrica.

Conclusiones y Recomendaciones

Se han estudiado las poblaciones de los siguientes ámbitos de intervención del MNP: a) Centros educativos; b) Centro Nacional de Adicciones; c) Hogares de adultos y adultas mayores; d) Hogares de niños, niñas y adolescentes; e) Hospital Psiquiátrico; f) Instituto Superior de Educación Policial; g) Liceo Militar; h) Penitenciarías.

Hallazgos generales:

- La población global estudiada fue heterogénea en general y homogénea en particular, considerando internamente los diferentes ámbitos de intervención. Comparten características similares de vulnerabilidad social y exclusión socioeconómica previas a su situación de encierro. La mayoría de la población fue de sexo masculino, de extracción urbana, en su mayoría solteros/as y heterosexuales.

- En los contextos de encierro, según los datos de la investigación, la mayor parte de las personas privadas de libertad provienen de estratos sociales excluidos y llegan a las instituciones con largas historias de vulneración de derechos fundamentales, hecho que podría ser una de las principales causas de que hayan sido derivadas a estas instituciones. El no tener un abordaje integral y de determinantes sociales de la salud lleva a desconocer o minimizar estas características sociodemográficas fundamentales, lo que a su vez puede generar estigma y discriminación por parte de quienes deberían garantizar los derechos de las personas institucionalizadas.

- El acceso al agua potable y al agua para baño y aseo es restringido, ya que la misma está sujeta a cortes periódicos en varios de los ámbitos (especialmente en centros educativos, hospital psiquiátrico y penitenciarías). Este hallazgo es grave debido a que en su Observación General número 15, el Comité DESC define el derecho al agua como el acceso a un “suministro suficiente, físicamente accesible y a un costo asumible de agua salubre y de calidad aceptable para el uso personal y doméstico de cada persona.” No es simplemente un aspecto cuantitativo, el acceso al agua es un problema en situación de encierro, y su limitación implica la generación de potenciales focos de enfermedades.

- La calidad de la alimentación varía según ámbito de intervención, siendo mejor en los hogares y peor en las penitenciarías y centros educativos. No se implementan los estándares generales del INAN sobre ingesta en cantidad y calidad de grupos alimentarios recomendados. Una mala nutrición incide directamente en la salud de la población en situación de encierro.

- El acceso a los servicios de salud es también diferente en cada contexto y dependiente a su vez de otros factores, como la existencia o no un servicio interno de salud (enfermería, sanidad, consultorio, etc.). En los lugares que cuentan con un servicio tipo “sanidad”, la cantidad de profesionales que efectivamente trabajan no es

suficiente para cubrir las demandas en cantidad y cobertura de horarios de atención. En los lugares donde no existe dicho servicio y se debe coordinar con el sistema de salud pública del MSP y BS, se hallaron dificultades para dicha coordinación.

- Además, aunque existan servicios de salud (internos o externos) donde acuden las personas en situación de encierro, según los datos arrojados por el estudio, dichos servicios no cuentan con las características necesarias de una Atención Integral y con enfoque de Derechos, muy por el contrario, no existe suficiente conocimiento de los proveedores de salud sobre dicho enfoque, no existen protocolos estandarizados, no se cuenta con los mecanismos de control de calidad de la atención y son pocos los casos en los que los profesionales cuentan con sistemas de capacitación continua o en servicio y la provisión de medicamentos básicos no está garantizada.

- En horarios diurnos los servicios de salud se encontraban disponibles en la mayoría de los casos, según los días cubiertos por personal de salud. Sin embargo, cuando más necesaria se hace la atención es en horarios nocturnos, de madrugada y fines de semana, ya que en esos horarios se hace prácticamente imposible el acceso a servicios de salud y ello implica una desprotección a la población institucionalizada. Los motivos de la no disponibilidad expuesta por las personas fue la falta de profesionales y de medicamentos.

- En cuanto a las urgencias, no existe un protocolo de actuación, en cada institución se tiene un manejo basado en la costumbre y los contactos para la derivación de los casos necesarios a centros de mayor complejidad, sin una ruta estandarizada. La mayoría de las instituciones no cuentan con ambulancias, lo que implica que aquellos casos de urgencias y emergencias con necesidad de derivación inmediata no pueden ser atendidos y ello pone en riesgo la integridad y la vida de las personas en situación de encierro.

- El acceso a los servicios de salud de la población general (que no requiere intervenciones específicas en salud) es mayor que el de las poblaciones con condiciones específicas (adultas y adultos mayores en penitenciarías, personas con discapacidad física y psicosocial, usuarios/as de drogas que no acceden al centro de adicciones, población LGBTI en todos los ámbitos por discriminación, población indígena invisibilizada en sus requerimientos culturales en salud, mujeres privadas de libertad embarazadas o con niños/as pequeños, personas viviendo con VIH en tratamiento, personas con tuberculosis, entre otras).

- En cuanto a la seguridad e higiene, en distintos grados todas las poblaciones se encuentran expuestas a condiciones de insalubridad derivadas sobre todo del hacinamiento, la falta de infraestructura adecuada y las malas condiciones de limpieza. Esta situación se exagera en el caso de las penitenciarías.

- Con respecto a la vigilancia sanitaria, ésta es prácticamente nula, no existen sistemas de seguimiento interno de las enfermedades transmisibles, lo que es un

escenario propicio para la generación de brotes sin posibilidad de respuesta para contenerlos. Esta situación hace que centros educativos y penitenciarías sean potenciales “bombas de tiempo”, con condiciones propicias para la alta prevalencia de infecciones relativamente controladas fuera de las instituciones, como la tuberculosis, la sífilis o el VIH-sida.

- Las instituciones de encierro no tienen capacidad de reacción ante ningún tipo de crisis sanitaria, crisis que a su vez podrían ser ocasionadas por el estado en que se encuentran las instituciones, principalmente con respecto al hacinamiento y demás déficit estructurales.

- En muchos casos el acceso a los servicios de salud internos se ve obstaculizado por sistemas paralelos de poder (celadores, guardias u otros internos, especialmente en centros educativos y penitenciarías) los que requieren el pago en moneda u otros objetos para permitir la llegada de los usuarios/as a los servicios. Este hecho fue denunciado en visitas de monitoreo del MNP y corroborado en la investigación. La existencia de dichos sistemas paralelos de acceso a servicios que deberían estar garantizados en forma gratuita por el Estado, es un indicador de la necesidad de intervenciones claras de las instituciones para evitarlos.

- Hubo personas entrevistadas en centros educativos, hospital psiquiátrico y penitenciarías que refirieron haber realizado un pago directo por recibir servicios en los lugares de atención (puesto, sanidad o enfermería). Aun no existiendo el pago en efectivo, en la mayoría de los casos las/os usuarias/os no acceden al tratamiento indicado debido a que no existen medicamentos suficientes en los servicios y se ven obligados a comprarlos por su cuenta y fuera del sistema institucional, lo que en muchos casos no les es posible.

- Los usuarios y usuarias de los servicios en los diferentes ámbitos de intervención del MNP en gran medida no supieron decir el medicamento que le dieron en el servicio, ya que se les proveyó de una “pastilla” a la que identifican por su color, pero no saben cuál es el nombre del medicamento suministrado.

- La salud mental de las personas institucionalizadas, exceptuando las poblaciones de niñas, niños y adolescentes en los hogares y (nominalmente) de adolescentes en los centros educativos, no están cubiertas en general con servicios de psicología. Las personas en el centro de adicciones y en el Hospital Psiquiátrico sí cuentan con el servicio, pero en muchos casos el acceso al mismo no es voluntario sino a criterio de las instituciones.

- En cuanto a la privacidad y confidencialidad en los servicios de salud, éstos no se encuentran garantizados según refieren las usuarias y usuarios, sobre todo por problemas de espacio y/o infraestructura de los lugares de atención.

- La provisión de condones como métodos anticonceptivos y de protección ante el VIH y otras ITS, no se realiza en forma eficiente a las personas institucionalizadas en los servicios de salud internos. La mayoría de las personas que utilizan condón lo adquieren en forma externa. Las personas entrevistadas en su mayoría no conocen las principales características de las ITS.
- La evidencia recabada apunta a que las personas institucionalizadas no cuentan con suficiente información acerca de su salud sexual y reproductiva, lo que las expone a una mayor vulnerabilidad en sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, y que a su vez afecta su calidad de vida.
- Mediante estos datos arrojados por la investigación se halló que no existen políticas que respondan a parámetros básicos de protección a la salud, planificación familiar o prevención del VIH y otras ITS, necesarios en ámbitos de encierro.
- En cuanto a la Percepción del Estado de Salud y la relación entre estado de salud antes y después de la situación de encierro, las respuestas variaron de acuerdo a la población estudiada. En las penitenciarías, centros educativos y el hospital psiquiátrico, las personas entrevistadas expresaron la percepción de deterioro de su estado de salud en comparación a su condición antes del encierro. También en estos ámbitos, sumado a hogares de adultas y adultos mayores, se encontraron con mayor frecuencia síntomas relacionados a la depresión, que requieren mejor abordaje y seguimiento.
- Las recomendaciones internacionales sobre actividad física, no se cumplen en la mayoría de los casos, excepto en los ámbitos policial y militar, los demás lugares de encierro no cuentan con infraestructura en condiciones para la realización de actividades físicas suficientes para incidir en la salud en general (ej. prevención de enfermedades no transmisibles). En las penitenciarías por la superpoblación, se han utilizado como alojamiento incluso áreas destinadas originalmente a la actividad física. En el caso de los adultos y adultas mayores, éstos no realizan ejercicios y no existen iniciativas que reviertan las malas condiciones físicas en las que se encuentran la mayoría de las personas en los hogares y las penitenciarías. Además, considerando que la actividad física es una estrategia contra el stress, el no contar con esta actividad en forma rutinaria incide en la salud física y mental de las personas institucionalizadas.

En cuanto a la rectoría sectorial de salud en los ámbitos de intervención del MNP, la misma es ejercida de la siguiente forma:

- a. Centros educativos. Ministerio de Justicia.
- b. Centro de adicciones. Ministerio de Salud.
- c. Hogares de adultas/os mayores. Ministerio de Salud (servicios de salud externos).
- d. Hogares de niñas, niños y adolescentes. Ministerio de Salud (servicios de salud externos). SNNA.
- e. Hospital Psiquiátrico. Ministerio de Salud.
- f. Instituto de policía. Sanidad Policial.
- g. Liceo militar. Sanidad Militar.
- h. Penitenciarías. Ministerio de Justicia.

Esta fragmentación hace que la oferta no sea homogénea y los recursos, así como el enfoque de salud, las orientaciones de modelos, protocolos y articulación de la respuesta sean limitados.

Acerca de las políticas de salud del Ministerio de Justicia, el Estado Paraguayo es laico, por lo que llama la atención que el Plan Nacional de Salud Integral y Reinserción Social en Establecimientos Penitenciarios y Centros Educativos - Periodo 2013-2018 (Ministerio de Justicia, 2013), Política Pública del Ministerio de Justicia dentro de un Estado Laico, desarrolle acciones de sesgo religioso como los que se enuncian en el Eje 1. Salud integral: física, mental, social y espiritual:

- *Grupos de estudio bíblico y de oración.*
- *Formación en principios y valores como la solidaridad, respeto, trabajo, ahorro, familia y servicio.*
- *Participación en misas, cultos.*

Algunos hallazgos particulares por ámbito de intervención del MNP.

a) Centros educativos:

- 190 - Se entrevistaron adolescentes de 15 a 18 años. El 5,1% eunidos/as de hecho. El 55,9 procedía de Central y el 30,5% de Asunción. De la población indígena participante del estudio, el 3,4 se encontraba en centros educativos.
- El 8,5% dijo no tener acceso a agua potable, el 5,1% a agua para aseo, lo que puede traducirse en un deterioro del estado general, malas condiciones de higiene y exposición de la población a enfermedades. El 6,8% dijo que la calidad de los alimentos que recibe es mala. El 5,2% dijo que los servicios de salud no estaban disponibles cuando lo necesitaba. El 20,3% consideró que el horario de atención de los servicios de salud no es conveniente y que no estaban disponibles de madrugada y fines de semana.
 - El 15,3% refirió que se encuentra consumiendo algún tipo de droga, de los cuales sólo el 22,2% se encontraba en tratamiento y rehabilitación. Esto constituye un verdadero problema particular de este ámbito.
 - El 46,6% dice que no recibió información adecuada sobre enfermedades en

la sanidad. El 52,5% refirió que no se realizan actividades de prevención. El 13,6% respondió que no recibe explicación sencilla y comprensible sobre su situación de salud.

- El 28,8% de las y los adolescentes entrevistados refirió haber recibido maltratos en los centros educativos, el 50% de los agresores identificados fueron guardia cárceles, 27,3% fueron compañeros/as, 18,2% autoridades y 4,5% educadores.
- Los y las adolescentes que dijeron mantener relaciones sexuales usaban condón en un 97%, mientras que el 3% no usaba ningún método. El 9,7% obtenía los condones de la sanidad, el 64,5% de la farmacia y el resto por otras vías. El 50,8% refirió que no recibía información de cómo utilizarlos en la sanidad. En cuanto a las ITS, en los centros educativos el 38% conocía el VIH-sida; el 8,5% la sífilis y el 7% la gonorrea. El 39,4% no supo o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 33,9% de los/as adolescentes en los centros educativos calificaron sus habitaciones como regulares, el 8,5% dijo que están en mal estado y el 6,8% en pésimo estado. El 27,1% calificó los baños como pésimos.
- Refirió que se encuentran expuestos/as a situaciones o ambientes insalubres como cloaca trancada, malos olores, pabellón sucio el 25,4% de los adolescentes en centros educativos.
- El 23,7% de las y los adolescentes tenían la percepción de que su estado de salud empeoró luego de su ingreso a la institución.
- El 8,5% de las/os adolescentes en centros educativos respondieron que siempre sienten tristeza y el 6,8% nerviosismo.
- Entre las sugerencias que dieron para mejorar los servicios está: contar con medicamentos, atención respetuosa y mejorar la infraestructura.

b) Centro de adicciones:

- La personas usuarias del centro de adicciones tienen un tiempo limitado de internación en la institución, debido a que responden a un tratamiento de desintoxicación específico.
- El rango de edad fue de 13 a 34 años (el centro de adicciones cuenta con dos perfiles de pacientes, adultos/as y niños/as y adolescentes, con sectores diferenciados de internación), 90,5% fueron hombres y solteros. El 75% de Central y Asunción. El 100% de extracción urbana. Escolaridad máxima bachiller completo.
- El 95,2% consideró que la alimentación que recibía era buena y el 4,8% regular. El 5,6% dijo que los servicios de salud no se encontraron disponibles cuando lo necesitó. El 9,5% respondió que los servicios no estaban acorde a sus necesidades.
- El 19% dijo no contar con servicios de psicología.
- Entre las y los usuarios de drogas, los porcentajes de consumo más altos se dieron en el centro de adicciones: 52,4%, el hallazgo es relativamente esperable, ya que las personas entrevistadas en su mayoría estaban en sus etapas iniciales de tratamiento del consumo problemático de sustancias.

- El 4,8% de las personas entrevistadas refirió que sufrió maltratos, de los cuales 66,7% fueron cometidos por compañeros/as y el 33,3% por personal sanitario.
- El 14,3% en centro de adicciones refirió que no le dijeron el nombre y/o indicación del medicamento suministrado.
- En cuanto a métodos anticonceptivos, el 75% de las/os usuarios dijo que usaba condón, el 8,3% métodos inyectables y el 16,7% no usaba método. De quienes usaban condón, 87,5% lo compraba en farmacias y el 12,5% conseguía en otros servicios de salud. El 14,3% de los/as entrevistados dijo haber recibido instrucciones del uso de condones en la sanidad del centro de adicciones.
- Al ser indagados sobre las ITS, el 30,8% desconocía o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 9,5% de las y los usuarios calificó los baños como regulares y el 4,8% como malos.
- En cuanto a la percepción comparada de su estado de salud, el 65% respondió que la misma mejoró luego de la institucionalización. El 10% respondió que se sentía triste todo el tiempo y el 15% que se sentía nervioso/a.
- Sugirieron mejorar de la infraestructura (esto es algo que se mencionó frecuentemente por encontrarse la institución en proceso de construcción y ampliación edilicia desde hace bastante tiempo). Además, piden atención respetuosa y rápida.

c) Hogares de adultos y adultas mayores

- Rango de edad de 50 a 88 años. El 20% de los y las adultos mayores era viudo/a. El 52% mujeres y 48% hombres. El 45,8% procedía de Asunción y el 16,7% de Guaira. El 32% era de extracción rural. El 95% de las y los adultos mayores llegaron solo a concluir la educación básica. El 4% eran de pueblos indígenas.
- El 12,5% calificó la alimentación que recibe como regular y el 8,3% como mala.
- Los hogares cuentan con un dispensario o una enfermería, no tienen en forma interna una sanidad propiamente dicha. El 17,4% de las y los adultos mayores respondieron que no encontraron disponibles los servicios de salud cuando los necesitaron. El 25% respondió que los horarios no eran convenientes y 32% que no contaban con profesionales calificados para la atención de madrugada y fines de semana.
- Al 31,6% le resultaba difícil llegar a un servicio de salud. El 5% contó que debió pagar para ser atendido/a. El 34,8% dijo que los servicios no están acordes con sus necesidades de salud. Para el 16,7% la información que recibió en el servicio de salud no fue clara. El 84% de las y los adultos mayores no realizaba consultas con psicología.
- El 42,9 % de las personas adultas mayores en los hogares precisaban pañales y los recibían de los hogares en todos los casos.
- El 12,5% refirió que recibió algún tipo de maltrato en la institución, al pedirles que identifiquen quien les agredió el 25% dijo que fueron cuidadores y el 75% compañeros/as.

- El 54,2% de las personas que realizaron análisis de laboratorio no recibió el resultado de su estudio. De las mujeres en los hogares que realizaron un PAP, sólo el 11,1% recibió el resultado de su estudio.
- Al ser indagados sobre las ITS, el 63,3% desconocía o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 12,5% de las y los adultos mayores en los hogares calificaron sus habitaciones como regulares y el 4,2% consideran malos los baños de la institución.
- El 8,3% de las personas calificó su salud como mala y el 4,2% como muy mala. El 12,5% dijo que su estado de salud empeoró luego de su ingreso al hogar. El 25% refirió que se siente enfermo/a una vez al mes y el 25% una vez a la semana. Al 46,2% de las personas entrevistadas en los hogares caminar les causa agotamiento. No realizaban ejercicios físicos en forma regular.
- El 12,5% de las personas adultas mayores refirió sentir tristeza e igual proporción dijo sentirse nerviosa en forma sostenida.
- En cuanto a las situaciones que identificaron como insalubres dentro de la institución, los/as adultos y adultas mayores nombraron los mosquitos y el cambio de ropa sin consentimiento.
- El 66,7% de las y los adultos mayores refirieron sentirse conformes con la atención recibida. Como sugerencia para mejorar mencionan contar con medicamentos y profesionales para la atención médica.

d) Hogares de niños, niñas y adolescentes

- Niñas y niños de 9 a 18 años. El 61,5% niños y el 38,5% niñas. El 34,6% procede de Asunción y el 46,2% de Alto Paraná. El 100% de zonas urbanas.
- La mayoría de las niñas, niños y adolescentes en situación de abrigo en los hogares sufrieron situaciones de abuso, maltrato, abandono y/o situación de calle (varios con antecedentes de consumo de drogas) situaciones que requirieron intervención judicial y posterior concesión de la guarda al Estado.
- El 7,7% dijo no acceder a agua potable, el 3,8% al agua para aseo. El 23,1% dijo que la calidad de los alimentos que recibe es regular.
- El 11,5% dijo que los servicios de salud no estaban disponibles cuando lo necesitaba. El 66,7% consideró que el horario de atención de los servicios de salud no es conveniente y 50% que no estaban disponibles de madrugada y fines de semana.
- El 11,5% refirió que consumía algún tipo de droga antes de ingresar a los hogares.
- El 23,1% dijo que no recibió información adecuada sobre enfermedades en la sanidad.
- El 69,2% respondió que recibió explicación sencilla y comprensible sobre su situación de salud.
- El 4% de las y los niños, niñas y adolescentes entrevistados refirieron haber recibido maltratos en los hogares, el 20% de los agresores identificados fueron personal de salud y 80% fueron compañeros/as.

- En cuanto a las ITS, en los hogares de NNA el 52,9% conocía el VIH-sida y el 20,6% la sífilis. El 23,5% no supo o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 18,5%; de los/as niños, niñas y adolescentes vivían en situación de calle antes de ingresar a los hogares.
- Para el 96,2% de las y los niños, niñas y adolescentes en los hogares, la percepción fue que su estado de salud mejoró luego de su ingreso a la institución.
- El 76,9% refirió que se enferma una vez al mes.
- El 65,4% de las/os niños, niñas y adolescentes en los hogares respondieron que a veces sienten tristeza y el 73,1% que a veces sienten nerviosismo.
- Entre las sugerencias que dieron para mejorar los servicios está: que la atención sea rápida, permanente y con medicamentos
- El 65,4% de los niños, niñas y adolescentes en los hogares refirieron sentirse conformes con la atención recibida.

e) Hospital Psiquiátrico

- Las personas entrevistadas tenían entre 23 a 57 años. El 60% solteras/os. El 10% mujeres y 90% hombres. El 40% procede de Asunción, 20% de Concepción y 20% de San Pedro. El 50% de extracción urbana y el 50% rural. El 40% terminó el bachillerato.
- El 20% dijo que a veces no tiene acceso al agua potable como tampoco al agua para baño y aseo. El 20% calificó la alimentación que recibía como mala.
- Al 10% le resultaba difícil llegar a la sanidad. El 10% contó que debió pagar para llegar hasta la sanidad. Para el 30% de las personas entrevistadas la información que recibió en el servicio de salud no fue clara.
- El 50% refirió que recibió algún tipo de maltrato en la institución, al pedirles que identifiquen quien les agredió el 20% dijo que fue el personal sanitario y el 80% compañeros/as. Ante la consulta específica si sufrió maltrato en por parte del personal de salud, el 10% de las personas en el Hospital Psiquiátrico respondió que sí.
- De las personas entrevistadas, el 60% en el Hospital Psiquiátrico refirió que no le dijeron el nombre y/o indicación del medicamento suministrado.
- El 50% de las personas que realizaron análisis de laboratorio no recibió el resultado de su estudio.
- El 30% de las personas refirieron que en la sanidad no se ofrecen condones ni se instruye sobre su uso.
- Al ser indagados sobre las ITS, el 36,4% de las personas conocía la sífilis, y el 54,5% dijo desconocer o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 10% de las y los usuarios calificaron sus habitaciones como pésimas y el 10% consideraron pésimos los baños de la institución.
- El 10% de las personas calificó su salud como muy mala. El 30% dijo que su estado de salud empeoró luego de su ingreso al Hospital Psiquiátrico.
- El 33,3% refirió que se sentía enfermo/a una vez al mes y el 33,3% una vez a la semana.

- El 40% de las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico refirió sentirse conforme con la atención recibida.
- El 30% de las personas entrevistadas refirió sentir tristeza siempre e igual proporción se sentía siempre nerviosa.
- En cuanto a las situaciones que identificaron como insalubres dentro de la institución, refirieron los baños sucios/trancados y el hacinamiento
- Como sugerencia para mejorar mencionaron que mejore la limpieza, accedan a análisis de laboratorio y le expliquen en su idioma (guaraní) lo que tienen.

f) Instituto Superior de Educación Policial

- Rango de edad de 19 a 23 años. El 100% solteros/as. El 72% shombres y el 28% mujeres. El 50% procede de Central. El 44% de área rural y 56% urbano. El 16% tenía un nivel de educación terciaria.
- El 4% dijo que la calidad de los alimentos que recibe es mala. El 8% consideró que el horario de atención de los servicios de salud no es conveniente. El 4% contó que debió pagar en la sanidad para recibir servicios.
- El 16% de las personas entrevistadas en el instituto policial expresó que los servicios de salud no responden a sus necesidades. El 36% refirió que no cuentan con servicios de salud mental.
- El 30% dijo que no recibe información adecuada sobre enfermedades en la sanidad.
- El lugar donde más se explicitó el poco cuidado a la confidencialidad (llamadas a celular, ingreso de otra persona al consultorio durante la consulta, etc.) en el servicio de salud fue en el instituto de policía (92%).
- El 4% de las personas entrevistadas refirió haber recibido maltratos en el instituto de policía, el 100% de los agresores identificados fueron superiores o antiguos.
- El 52% de las personas que realizaron análisis de laboratorio no recibió el resultado de su estudio.
- De las personas que mantienen relaciones sexuales, usaba condón el 64,7%, mientras que el 17,6% usaba anticonceptivos orales, el 5,9% inyectables y el 11,8% no usaba ningún método. El 92,9% obtenía los condones de la farmacia y 7,1 en servicios de salud externos. El 56% refirió que no reciben información de cómo utilizarlos en la sanidad.
- En cuanto a las ITS, el 3,2% no supo o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 20% de las personas entrevistadas en el instituto de educación policial calificaron sus habitaciones como regulares. El 24% calificó los baños como regulares.
- Refirieron que se encuentran expuestos/as a situaciones o ambientes insalubres identificando las mismas como contacto con basuras y no tener días libres.
- Para el 12% de las personas entrevistadas, la percepción fue que su estado de salud empeoró luego de su ingreso a la institución.
- Entre las sugerencias que dieron para mejorar los servicios están el mayor acceso a medicamentos, insumos y atención permanente.

g) Liceo Militar

- Rango de edad de 14 a 48 años. El 74,1% solteros/as. El 96,3% hombres y el 3,7% mujeres. El 65,4% procede de Central. El 96,3% de área urbana y el 3,7% rural El 20,7% tenía educación terciaria completa.
- El 22,2% dijo que la calidad de los alimentos que recibe es regular. El 7,4% consideró que el horario de atención de los servicios de salud no es conveniente.
- El 11,1% de las personas entrevistadas en el liceo militar expresó que los servicios de salud no están acordes a sus necesidades.
- El 66,7% refirió que no cuentan con servicios de salud mental.
- El 20% dijo que no recibe información adecuada sobre enfermedades en la sanidad.
- El 3,7% de las personas entrevistadas refirió haber recibido maltratos en el liceo militar, el 50% de los agresores identificados fueron superiores o antiguos y el otro 50% compañeros/as.
- El 44,4% de las personas que realizaron análisis de laboratorio no recibió el resultado de su estudio.
- De las personas que mantienen relaciones sexuales, usaban condón el 73,7%, mientras que el 5,3% usaban anticonceptivos inyectables y el 21,1% no usaba ningún método.
- El 86,7% dijo obtener los condones de la farmacia y 13,3 en servicios de salud externos. El 37% refirió que no reciben información de cómo utilizarlos en la sanidad.
- En cuanto a las ITS, el 2,6% no supo o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 11,1% de las personas entrevistadas en el liceo militar calificaron sus habitaciones como regulares, al igual que el 11,1% calificó los baños como regulares.
- Para el 66,7% de las personas entrevistadas en el liceo militar, la percepción fue que su estado de salud se mantuvo igual luego de su ingreso a la institución.
- El 74,4% de las personas en el liceo militar se encontraba conformes con la atención recibida. Entre las sugerencias para mejorar los servicios mencionaron la dotación de medicamentos y equipamientos para la sanidad.

h) Penitenciarías.

- Rango de edad de 18 a 75 años. El 71% solteros/as. El 67,9% hombres y el 32,1% mujeres. El 39,7% procede de Central y el 28,8 de Asunción. El 85,2% de área urbana y el 14,8% rural. El 0,9% de la población indígena se encontraba en las penitenciarías.
- El 16,1% dijo no acceder a agua potable, el 10% al agua para aseo. Esto representa la privación de un derecho fundamental y la posibilidad de generar situaciones de insalubridad que exponen a las personas a enfermedades en el ámbito de encierro.
- El 47% dijo que la calidad de los alimentos que recibe es mala. El 29,4% dijo que los servicios de salud no estaban disponibles cuando lo necesitaba. El 53,7% consideró que el horario de atención de los servicios de salud no era

conveniente y el 64,2% dijo que no estaban disponibles de madrugada y fines de semana.

- El 54,9% refirió que no cuentan con servicios de salud mental. El 100% de los adultos mayores en las penitenciarías no accedían a servicios de geriatría, de ellos, el 33,3% necesitaba pero no recibía pañales para la tercera edad.
- No existe ninguna adaptación de infraestructura para las personas con discapacidad física. El 75% con discapacidad psicosocial en las penitenciarías no recibe la atención adecuada.
- El 20,4% refirió que se encuentra consumiendo algún tipo de droga, de los cuales sólo el 7,6% se encuentra en tratamiento y rehabilitación.
- El 46,6% dijo que no recibe información adecuada sobre enfermedades en la sanidad. El 52,5% refirió que no se realizan actividades de prevención.
- El 53,6% dijo que no recibía información adecuada sobre enfermedades en la sanidad.
- El 40,7% de las personas entrevistadas en las penitenciarías refirió haber recibido maltratos, el 48,7% de los agresores identificados fueron guardia cárceles, el 12,2% autoridades, el 4,1% personal sanitario y el 35% compañeros/as.
- El 60,7% de las personas que realizaron análisis de laboratorio no recibió el resultado de su estudio.
- De las personas que mantienen relaciones sexuales, usaban condón el 41,3%, mientras que el 15,7% usaba anticonceptivos inyectables y el 16,9% no usaba ningún método.
- El 70,1% obtenía los condones de farmacia y 21,4% en servicios de salud externos. El 41,5% refirió que no reciben información de cómo utilizarlos en la sanidad.
- En cuanto a las ITS, el 13,7% no supo o dio respuestas equivocadas sobre las ITS.
- El 16,3% de las personas entrevistadas en las penitenciarías calificaron sus habitaciones como pésimas y el 10,6% como malas. En cuanto a los baños, el 27,5% los calificó como pésimos y el 10% como malos.
- Para el 36% de las personas entrevistadas en penitenciarías, la percepción fue que su estado de salud empeoró luego de su ingreso a la institución.
- El 28,6% de las PPL se encontraban conformes con la atención recibida. Entre las sugerencias para mejorar los servicios mencionaron: contar con medicamentos, profesionales capacitados y atención permanente (nocturna y fines de semana). Además pidieron atención permanente, rápida y respetuosa, Educación Sexual y atención de especialistas.

Recomendaciones

La salud en contexto de encierro. Rectoría y Políticas Públicas.

Entendemos la salud de la población en situación de encierro como materia de Políticas Públicas, es decir, como obligación del Estado, debiendo ser coordinadas conjuntamente por el Ministerio de Justicia según jurisdicción, con la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Un hecho conocido y confirmado en el presente estudio es que en las penitenciarías se encuentran instaladas en forma permanente misiones de iglesias (católicas y evangélicas) encargadas incluso de sectores enteros de las instituciones (Sanidad, pabellones, terapias de desintoxicación), como si fueran independientes a la rectoría del Ministerio de Justicia. En el caso de la Penitenciaría de Tacumbú, hay una “sanidad nueva” administrada enteramente por una iglesia.

Es necesario garantizar la Laicidad en todos los ámbitos del Estado, incluidos los servicios al interior de las instituciones de encierro, sin obligatoriedad de profesión de culto alguno.

Un modelo integrador para dar una respuesta con enfoque de Derechos

Aplicando lo recabado en materia de teoría y cruzando con los datos hallados en terreno, creemos que es necesario realizar un análisis de los Determinantes Sociales de la Salud, teniendo en cuenta las particularidades por ámbito de intervención del MNP. Ello derivará en el diseño de una respuesta a las necesidades de salud de la población en situación de encierro, basada en el paradigma de la Atención Primaria de la Salud – APS.

El siguiente es un esquema básico en el que se colocan los elementos que identificamos para apuntar a una reforma de los Servicios de Salud en los contextos de encierro, con el fin de modificar el paradigma socio-sanitario vigente. Al tratarse de una política pública de Estado, el Ministerio rector de la Salud Pública debe asumir la responsabilidad en la materia, estableciendo estrategias de prevención y asistencia, así como protocolos en los lugares de encierro, todo ello en coordinación con el Ministerio de Justicia, para garantizar la inclusión a la salud de las personas privadas de libertad.



Figura 65. Cambios propuestos en el paradigma de salud en contexto de encierro. Fuente: Elaboración propia.

Con base en este modelo recomendamos:

- Coordinar una Política Interministerial como forma de disminuir el nivel de fragmentación existente en la respuesta del Estado ante los problemas sociales, con una rectoría única del MSP y BS sobre el Sistema de Salud, con la integración y coordinación interministerial (MJ, SNNA, Fuerzas policiales y militares) y un abordaje multidisciplinario de los determinantes sociales de la salud en situación de encierro.
- Para ello se plantea como indispensable, en primer término, precisar que la salud en las cárceles se trata de una política pública de Estado y que es necesario que el Ministerio responsable de la Salud Pública, el MSP y BS sea el que asuma la responsabilidad en la materia, y sea quien dicte los protocolos a los que deben adecuarse las intervenciones de prevención y asistencia en los ámbitos de encierro.
- Se necesita la implementación y fortalecimiento del trabajo en redes (RISS), considerando los servicios de salud instalados dentro de las instituciones desde la misma lógica de la Atención Primaria de la Salud (APS). Con personal de salud instruido y capacitado para la realidad que aborda, en cantidad suficiente y con una cobertura territorial y poblacional determinada, llevando adelante programas intersectoriales de Salud en contextos de encierro, en todas sus facetas: preventiva, de recuperación y de rehabilitación, con participación activa de las comunidades afectadas. Recordando que los servicios sanitarios de baja complejidad no implican que sean de baja calidad.
- Implementar programas de salud basados en perspectivas de Derechos, Género y No Discriminación. Esto implica que las políticas aplicadas deben estar pensadas en que existen características, condiciones de base y requerimientos propios por género, grupos etarios y condiciones de discapacidad (física y psicosocial) y las respuestas deben ser tendientes a superar las desigualdades en derechos. En población LGBTI la no discriminación debe ser aplicada al acceso a la salud, y adicionalmente, para la población Trans*, incluir el trato correspondiente a su identidad.
- En el caso de las penitenciarías de mayor densidad poblacional, se requieren mejores condiciones de seguridad para el acceso de los profesionales de la salud a las habitaciones, celdas colectivas, espacios comunes, para un mayor contacto de los proveedores de servicios y las autoridades sanitarias con la realidad, sin excusas.

- Toda la dotación de RRHH que presta servicios de salud en los contextos de encierro debería recibir una capacitación continua en servicio en DDHH y competencias específicas. Se necesita además desarrollar equipos multidisciplinarios, incluyendo a médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores sociales y personal de apoyo entrenado como agentes de salud, incluyendo el voluntariado de internos/as mediante un sistema de identificación y capacitación.
 - Es necesario garantizar un acceso continuo y controlado a medicamentos básicos e insumos y un sistema mejorado de diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento. La presente investigación arroja la necesidad de contar con sistemas de provisión, almacenamiento y control de stock de medicamentos proveídos por los entes pertinentes en forma continua. Este déficit incluye la no comunicación en forma explícita del tratamiento que se indica y/o se administra a los usuarios/as (consentimiento informado), muchos de los cuales expresaron que “no saben qué le dieron”.
 - Establecer protocolos estandarizados para la atención de las personas institucionalizadas. El ingreso y admisión de nuevas personas debe ser abordado por un Equipo Técnico, para una evaluación de salud general (examen clínico y de laboratorio) y salud mental pertinente, incluyendo un procedimiento que investigue y descarte el abuso de fuerza y/o tortura y garantice al personal la denuncia de estos hechos.
 - Garantizar la cantidad de personal suficiente para cubrir los horarios diurnos y un sistema de guardia de 24 hs., en el caso de las instituciones que cuenten con una sanidad interna. Para los demás casos, y sobre todo para garantizar la celeridad en casos de urgencia, se deberá coordinar un sistema de referencia y contra referencia con los servicios externos del MSP y BS, que incluya el sistema de transporte en el caso de que la institución no cuente con ambulancias.
- 200
- Implementar medidas de vigilancia epidemiológica adecuadas a los contextos de encierro, que prevengan brotes epidémicos (considerando el nivel de hacinamiento y condiciones socio ambientales desfavorables) o controlen la prevalencia de infecciones de transmisión sexual como la sífilis o el VIH. En ese sentido, se sugiere realizar un estudio de prevalencia actualizado por ámbitos de encierro, debido a que el último disponible en el PRONASIDA se hizo en el año 2008.
 - Igualmente, aun desarrollándose los programas de VIH y TB en las penitenciarías, la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS no es abordada en la dimensión necesaria, por lo que se recomienda realizar acciones concretas de prevención en contextos de encierro, con el acceso a insumos de protección, involucrando a la población meta en forma activa.

- Con respecto al hallazgo de bajo conocimiento e ideas erróneas sobre temas referentes a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otras medidas, en los ámbitos de encierro se debería:
- Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica; establecer guías de actuación para la investigación, manejo y control de brotes de ITS; realizar estudios de prevalencia de ITS, recoger de manera uniforme la información en el programa correspondiente (PRONASIDA-ITS); desarrollar normativas y recursos que faciliten la investigación de los contactos, implementar el manejo sindrómico de las ITS.
- Prevención de las ITS: revisar y reforzar las estrategias de prevención en contextos de encierro; realizar campañas informativas poblacionales sobre ITS con el objeto de ampliar el conocimiento sobre las mismas y sus medidas preventivas; reforzar la salud sexual y el sexo seguro entre las personas viviendo con VIH; realizar nuevos estudios sobre el comportamiento sexual; mejorar la detección precoz de conductas de riesgo para ITS en atención primaria.
- En los servicios de salud (sanidad): potenciar los servicios de ITS; servicios de planificación familiar, servicios de urgencias y especialidades como ginecología, urología y dermatología; mejorar el acceso a las consultas de ITS.
- Desde el punto de vista de los proveedores/as de salud en contexto de encierro se deberá tener especial cuidado en el acompañamiento y contención psicológica a los mismos, con el fin de evitar situaciones de stress (burnout) por un lado y en el entendimiento que los RRHH en salud son uno de los recursos más requeridos y exigidos pero menos cuidados del sistema de salud.
- Establecemos al presente trabajo como una fuente de análisis e insumos científicos para la planificación, delineamiento e implementación de políticas públicas de salud en los diferentes ámbitos de intervención estudiados. Igualmente consideramos esta investigación como punto de partida para abordar con mayor profundidad varios aspectos esbozados en la misma.

Bibliografía

- Abellán, A. (2003). Percepción del Estado de Salud. *Revista de Gerontología de México*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 340-342.
- ACNUDH. (1976). página del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ACNUDH-OMS. (2008). El Derecho a la Salud. Folleto Informativo N° 31. Derechos Humanos. ONU.
- Alleyne, G. (2002). La equidad y la meta de Salud para Todos. *Rev Panam Salud Publica*;11(5/6) 291-301: OPS.
- Alvarez Cáceres, R. (2007). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Álvarez Cáceres, R. (2007). *Estadísticas aplicadas a las ciencias de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Alvira Martín, F. (2002). *Perspectiva, cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica*. Mexico DF: Mc. Graw Hill.
- AMM. (2006). Declaración de Malta de la AMM sobre las personas en Huelga de Hambre. Pilanesberg: Asociación Médica Mundial.
- Ander-Egg, E. (2009). *Métodos y técnicas de investigación social IV*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Anderson, D., Gillies, R., Mitchell, J., & Morgan, K. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. . *Healthcare Forum Journal*.
- APT-Asociación para la Prevención de la Tortura. (2015). SITUACIÓN DE PERSONAS LGBT PRIVADAS DE LIBERTAD EN AMÉRICA LATINA Audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Washington D.C.
- Armus, M. [. (2012). *Desarrollo emocional: Clave para la primera infancia*. Buenos Aires: UNICEF, Fundación Kaleidos.
- Bejarano-Roncancio, J., Celedón-Dangond, C., & Socha-Gracia, L. (2015). Alimentación penitenciaria: entre higiene y derechos. *Revista de la Facultad de Medicina - UNAL*.
- Bello Ramírez, J., & Parra Gallego, G. (2015). Cárceles de la muerte: necropolítica y sistema carcelario en Colombia. *Universitas Humanística*.
- Bravo, O. A. (2005). *Las prisiones de la locura, la locura de las prisiones: la construcción institucional del preso psiquiátrico*. Madrid: Grupo 5.
- C Osses-Paredes, C., & Riquelme-Pereira, N. (2013). Situación de Salud de reclusos de un Centro de Cumplimiento Penitenciario, Chile. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 98-104.
- Carranza, E. (2012). Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer? Costa Rica.
- CEJIL. (2007). *Mujeres Privadas de Libertad. Informe Regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay*. Washington DC: CEJIL.
- CEPAL. (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CIDH. (2006). Punto 90 del Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela . San José: CIDH.

CIDH. (2008). Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Washington DC: CIDH.

CIDH. (2011). Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas . CIDH.

CIDH. (2013). Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas. AECID.

CIDH. (2015). Personas Privadas de Libertad. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos Nº 9.

CIPST-OEA. (1985). Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. OEA.

CODEHUPY. (2016). Derecho a la Igualdad y No Discriminación. Situación de los DDHH de las personas LGBTI. Asunción: CODEHUPY.

CODEHUPY. (2016). Derecho a la Salud y a la Salud Mental. Personas Privadas de Libertad con Discapacidad Psicosocial. Asunción: CODEHUPY.

CODEHUPY. (2016). Derecho al Trato Humano a personas privadas de libertad. Asunción: CODEHUPY.

COMJIB. (2010). DECLARACIÓN DE SAN JOSÉ. Recomendación de la Conferencia de Ministros de Justicia de los Países Iberoamericanos. México: COMJIB.

Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid*, 1227-31.

Corte Suprema de Justicia. (s.f.). Obtenido de Situación de personas privadas de libertad: <http://www.pj.gov.py/contenido/926-situacion-de-personas-privadas-de-libertad/926>

CSDH. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Vancouver: WHO.

CSDH. (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: WHO.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Futures Studies.

De Currea-Lugo, V. (2005). La Salud como Derecho Humano. Bilbao: Universidad de Deusto.

De la Calle, J., & Abejón, D. (2010). Estándares de calidad asistencial. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.

Dechiara, P., Furlani, L., & Gutiérrez, N. (2009). Efectos del cautiverio de las cárceles sobre las personas privadas de libertad. *Revista de Epistemología y Ciencias Humanas*. Universidad Católica de Santa Fe. Argentina, p.161-190.

DGEEC. (2005). Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050. Asunción: DGEEC.

DGEEC. (2012). III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas. Asunción: DGEEC.

DGEEC. (2015). Encuesta Permanente de Hogares.

Diuana Vilma, e. a. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* Vol. 24, No. 8, 1887-1896. .

Doval, H. C. (2004). El nacimiento del concepto de Salud como un derecho. *Revista Argentina de Cardiología*. Vol 72. Nº4.

- Echeverri Vera, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Revista Pensando Psicología*, vol. 6, núm. 11, 157-166.
- Echeverri, J. A. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia - Volumen 6, Número 11, 157-166.
- Errasti, F. (1997.). Principios de gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos.
- FCS. (2005). Intimidad, Confidencialidad y Secreto - Guías de Ética en la Práctica Médica. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- Filippini, G. e. (2006). VIH/SIDA los derechos de las personas privadas de la libertad. Normas, jurisprudencia y prácticas en la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA. Santa Fe. Argentina.
- Foucault, M. (1979). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1983). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Paris: Siglo XXI.
- FUNDESALUD. (2010). Calidad de la atención en salud en el HUV. Percepción de los usuarios. Santiago de Cali: HUV.
- Galeano, J., & Balbuena, O. (2015). Abriendo puertas al encierro. Asunción: Arandura.
- Garay, O. E. (2003). Derechos fundamentales de los pacientes. . Buenos Aires: Ad HOC.
- Gomez Forero, F. (2015). ALTERNATIVAS PARA SUPERAR EL HACINAMIENTO CARCELARIO EN COLOMBIA CON ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS. *Revista Científica de la Universidad Autónoma de Colombia*. Vol.8. N°13.
- Gómez, M. M. (2006). Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Córdoba: Brujas.
- GSMP. (2011). Guía: Atención Primaria de la salud mental en prisión. Madrid: OM Editorial.
- Hernández Sampieri, R., & otros. (2.010). Metodología de la investigación 5ta. Edición. México: Graw - Hill / Interamericana.
- Hombrados Mendieta, M. y. (1997). Efectos del hacinamiento sobre el comportamiento y la salud. . *Revista Estrés y salud*. Promolibro. Valencia, España. , 239.
- ILGA . (2014). Glosario de la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays.
- IPPF. (2010). Glosario de IPPF sobre términos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva. Londres: IPPF.
- Jenicek, M., & Cleroux, R. (1993). Realización e interpretación de los estudios descriptivos. Barcelona: Masson Salvat.
- JM Arroyo, P. A. (2003). Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*.
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*, 123–129.
- Lemus, J. D., & Aragües, O. (2004). Auditoría médica. Un enfoque sistémico. Buenos Aires: Ed. Universitarias.
- Ley 4288. (2011). página del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Obtenido de <http://www.mnp.gov.py/documentos/Ley4288-11.pdf>
- LICEMIL. (2017). Obtenido de página del Liceo Militar “Acosta Ñu”: <http://www.ejercito.mil.py/index.php/educacion/licemil-liceo-militar-acosta-nu>

Lin CT, A. G. (2001). Lin CT, Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction. *Arch Intern Med*.

Martínez Hernández, J. (2013). *Nociones de Salud Pública*. Madrid: Díaz de Santos.

MEC-MSPyBS-SNNA. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020*. Asunción: UNICEF.

Méndez & Miño, E. &. (2014, n.59.). *Los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad*. AFESE: Revista del Servicio Exterior Ecuatoriano. Ecuador., 56.

Ministerio de Justicia. (2013). Dirección General de Salud. Obtenido de Plan Nacional de Salud Integral y Reinserción Social en Establecimientos Penitenciarios y Centros Educativos: <http://www.ministeriodejusticia.gov.py/index.php/direccion-general-de-salud>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Política Nacional de Salud Mental 2011-2020*. En D. d. Mental. Asunción: OPS.

Ministerio de Justicia. (2013). Dirección General del Salud. Obtenido de Plan Nacional de Salud Integral y Reinserción Social en Establecimientos Penitenciarios y Centros Educativos - Periodo 2013-2018: <http://www.ministeriodejusticia.gov.py/index.php/direccion-general-de-salud>

MINSa. (2012). *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo*. Lima: MINSa.

MJ. (s.f.). Portal del Ministerio de Justicia de Paraguay. Obtenido de Centro de Estudios Penitenciarios: <http://www.ministeriodejusticia.gov.py/index.php/centro-de-estudios-penitenciarios>

MNP. (2015). *Informe de Gestión*. Asunción: MNP.

MNP. (2016). *Censo de mujeres privadas de libertad 2015*. Asunción: Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

MNP. (2016). *Informe de Gestión*. Asunción: Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

Moiso, A. (2007). *Determinantes de la salud. Fundamentos de la Salud Pública*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata: EDULP.

Mossey, J. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*, 800–808.

MRE. RDDHPE. SIMORE. (s.f.). *Sistema de Monitoreo de Recomendaciones en Derechos Humanos*. Paraguay. Obtenido de <http://www.mre.gov.py/mdhpy/Buscador/Home>

MSPyBS. (2009). *Lista de Medicamentos Esenciales*. Asunción: MSPyBS.

MSPyBS. (2010). *Plan Nacional de promoción de la calidad de vida y salud con equidad de la niñez 2010-2015*. Asunción: MSPyBS.

MSPyBS. (2012). *Manual de funciones para las Unidades de Salud de la Familia*. Asunción: MSPyBS.

MSPyBS. (2015). *Guías Alimentarias del Paraguay*. Asunción: INAN.

MSPyBS. (mayo de 2016). www.msps.gov.py/centro-de-adicciones-con-mas-de-20-mil-pacientes-atendidos-a-lo-largo-de-18-anos/

MSPyBS. (s.f.). *Bienestar Social*. Obtenido de Dirección de Adultos Mayores: <http://www.msps.gov.py/bienestarsocial/direcciones/direccion-de-adultos-mayores/>

MSPyBS-Dirección de Salud Mental. (2015). Directorio de servicios de atención a la salud mental en la Red Integrada de Servicios de Salud. Asunción: OPS.

Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III) .

Naciones Unidas. (2 de septiembre de 1990). Convención sobre los Derechos del Niño. Unicef.

Net, A., & Suñol, R. (2001). La Calidad de la Atención. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian.

Nieto Castillo, H. (2014). “NO BASTAN MUROS DE PIEDRA PARA HACER UNA PRISIÓN”. La vida cotidiana de los internos de la cárcel Villahermosa, Cali, Colombia. El Agora, 451-472.

OHCHR. (2013). Página de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Obtenido de www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.OPAC.PRY.Q.1.Add.1_sp.docx

OMS. (22 de julio de 1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Preámbulo adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York.

OMS. (1969). Educación para la Salud - Informe del Director General. Ginebra: OMS.

OMS. (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms . Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

OMS. (1998). Glosario de la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS.

OMS. (2001). La Equidad de Género en la Salud. Declaración de Madrid. Madrid: OMS.

OMS. (2004). Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Washington: 57ª Asamblea Mundial de la Salud .

OMS. (2007). ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?

OMS. (2008). Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física : aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS.

OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS.

OMS. (2012). Rehabilitación Basada en la Comunidad - Guías para la RBC. Ginebra: OMS.

OMS. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Louxemburg: OMS.

OMS. (2015). Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N°323. Washington: OMS.

OMS. (2016). Nota descriptiva sobre el Agua. Washington DC: OMS.

ONU. (2004). Protocolo de Estambul. Ginebra.

ONU. (2011). Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud. Buenos Aires: ONU.

ONU. (2012). El VIH y el sida en los lugares de detención. Viena: UNODC-OMS-ONUSIDA.

ONU. (2016). Documento ONU A/HRC/32/32/Add.1, del 24 de mayo de 2016. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental relativo a su visita al Paraguay. Consejo de Derechos Humanos.

ONU-CDESC. (2000). Observación General Nº 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Washington DC: ONU.

ONU-CDESC. (2002). Observación general Nº 15: El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Washington DC: ONU.

OPS. (2003). Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos . Buenos Aires: OPS.

OPS. (2008.). Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS, © ISBN: 978-92-75-32937.

OPS. (2009). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington DC: OPS.

OPS. (2010). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Washington: OPS.

OPS/OMS. (2003). Conjuntos de prestaciones de salud, objetivos, diseño y aplicación. Washington DC: OPS.

OPS/OMS. (2007). Precauciones estándares en la atención de la salud. Ginebra: WHO.

OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4.

OPS/OMS. (2012). Health in the Americas, Country Volume. Paraguay. Washington: PAHO.

OPS/OMS. (2013). Calidad en Salud. Lima: OPS.

OPS/OMS. (2014). 53.o CONSEJO DIRECTIVO. 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD . Whashington DC.

OPS/OMS. (1995). Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos. Washington: OPS/OMS.

Orlansky, D. (2004). Investigación Social y Políticas Públicas. Buenos Aires: VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

Osorio, L., Lopera, H., & Ríos, M. (2012). Hacinamiento carcelario en el establecimiento penitenciario y carcelario de Sevilla, Valle del Cauca. INCISO Revista de investigación en derecho y ciencias políticas.

Oviedo-Joekes, E. (2005). Percepción del Estado de Salud y utilización de servicios sanitarios por parte de personas internas en una prisión andaluza. Revista Española de Salud Pública, p.35-46.

Paraguay.com. (26 de abril de 2016). Declaran emergencia en todas las cárceles del país. Obtenido de <http://www.paraguay.com/nacionales/declaran-emergencia-en-todas-las-carceles-del-pais-143573>

Paraguay.com. (17 de agosto de 2016). El 90% de los menores infractores permanecen reclusos y sin condena. Obtenido de Paraguay.com: <http://www.paraguay.com/nacionales/90-de-los-reclusos-menores-estan-sin-condena-149383>

Pasarín, et al, M. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Gaceta Sanitaria 2010; 24 Supl 1:23-7 - Vol. 24.

Pérez Porto, J., & Merino, M. (2014). definición.de. Obtenido de <http://definicion.de/>

reinsercion-social/

Pinheiro, P. (2006). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. UNICEF.

Poder Judicial. (2014). Código de Ejecución Penal. Asunción: Ministerio de Defensa Pública.

Principios de Yogyakarta. (2010). Yogyakarta.

PRONASIDA. (2015). Situación Epidemiológica del VIH. Paraguay 2015. Asunción: MSPyBS.

Quintero, F. A. (2007). Caracterización ambiental de establecimientos penales: Una aproximación multifactorial. . Rev Estud Criminol y Penit.

Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo. (2011). Propuesta de Plan Nacional de Derechos Humanos. Asunción: RDDHHPE.

Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo. (2012). Indicadores de Derechos Humanos. Derecho a la Salud. . Asunción: RDDHHPE. 1ra. Edición.

RELAF. (2011). Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH. Montevideo: Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar.

Rodríguez, F. (13 de enero de 2015). Paraguay.com. Obtenido de ¿Cómo viven los adultos mayores?: <http://www.paraguay.com/nacionales/como-viven-los-adultos-mayores-122252>

Rodríguez, L. (2015). Situación Socio Económica de Adultos Mayores en Paraguay. Asunción: CADEP.

Rodríguez, M. (2005). Mujeres madres en prisión en América Central. Euned.

Sánchez Recio, R., & et al. (2016). Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. Gaceta Sanitaria, 208-214.

Segura del Pozo, J. (2016). Biopolítica y Salud Pública. Tres Cantos: Salud Pública y otras dudas.

SNJ. (2014). Caracterización y lineamientos de políticas públicas para la población joven del Paraguay. Asunción: UNFPA.

SNNA. (2014). Política Nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA) 2014-2024 y Plan Nacional de Niñez y Adolescencia (PNA) 2014-2018 . Asunción: SNNA.

208 SNNA. (s.f.). DIPROE. Obtenido de Dirección de Protección Especial: <http://www.sna.gov.py/articulo/788-direccion-de-proteccion-especial.html>

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (2007). Normas de Higiene y Recomendaciones para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles en instituciones penitenciarias. Madrid: Taller de Artes Gráficas del C Penitenciario Madrid III.

Tartaglino, A., & Safran, D. (1997). A Topography of Psychiatric Disorders Among Correction Officers. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 39(6):569-573.

Touzé, G. D. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Troquel.

Townhead, L. (2006). Mujeres en la cárcel e hijas de madres encarceladas: Desarrollos recientes en el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas. Ginebra: QUNO.

- Trujillo-Salazar, C., & Toro-Zapata, H. (2013). Mathematical Modelling of an infectious disease in a prison setting and optimal preventative control strategies. *Rev. Salud Pública* vol.15 n.6 Bogotá .
- UNFPA. (2002). *Adolescencia, una etapa fundamental*. New York: UNICEF.
- UNICEF. (2006). *Programming Experiences in Early Child Development*. New York: UNICEF.
- UNICEF. (2008). *Mujeres Presas. La situación de mujeres embarazadas o con hijos/as menores de edad. Limitaciones al encarcelamiento*. Buenos Aires: UNICEF.
- UNODC. (2011). *Reglas de Bangkok*. Bangkok: ONU.
- UNODC. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los Reclusos - Reglas Nelson Mandela*. Viena: UNODC.
- UNODC-OMS-ONUSIDA. (2013). *Nota sobre políticas: Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones*. Viena: UNODC.
- Vignolo, J., & Vacarezza, M. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Prensa Médica Latinoamericana.
- WHO. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata, Kazajistán: WHO.
- WHO. (1995). *Position Paper from the World Health Organization. Social science and medicine*. Washington: Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL).
- WHO. (2000). *El control de la tuberculosis en prisiones*. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- WHO. (2006). *Informe WHO – AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay*. Asunción: OPS/OMS.
- WHO. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente*. Ginebra: WHO.
- Yagüe Olmos, C. (2007). *Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas*. *Revista Española de Investigación Criminológica*, Artículo 4. Número 5.
- Yip, C. (2008). *Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation* *Cancer*. American Cancer Society.

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de recolección de datos – Usuarios/as

Anexo 2 – Instrumento de recolección de datos – Proveedores/as de Salud.



www.mnp.gov.py



[@mnpparaguay](https://twitter.com/mnpparaguay)



+595 21 442 993/4



comunicacion@mnp.gov.py



[mnp.paraguay](https://www.facebook.com/mnp.paraguay)



Azara 2059 c/ Gral. Bruguéz