



ASAMBLEA GENERAL
SECRETARÍA
DIRECCIÓN GENERAL

XLIXª Legislatura
Tercer Período

COMISIÓN ESPECIAL SEGUIMIENTO SITUACIÓN CARCELARIA

Carpeta 9/2020

Distribuido: **74/2022**

4 de agosto de 2022

Servicio de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad SAI-PPL

Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional INEFOP

Visitas

Versión taquigráfica de la sesión del día
4 de agosto de 2022

ASISTENCIA

- Preside : Señor Legislador Martín Sodano (Presidente ad hoc)
- Miembros : Señoras Legisladoras: María Dolores Álvarez, Graciela Barrera, Margarita Libschitz y Verónica Mato; y señores Legisladores: Rubén Bacigalupe, Diego Echeverría, Lauro Meléndez, Aníbal Méndez, Nicolás Mesa, Amín Niffouri, Felipe Schipani y Beder Tarocco
- Invitados
Especiales : Por el Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL): Dra. Teresa Sanabria y Dr. Wilfredo Recalde, Directora y Subdirector de SAI-PPL, respectivamente; Lic. Tomás Baladán, Adjunto a Gerencia General; y Dr. Joaquín Bordón, Asesor legal.
- Por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP): Ing. Pablo Darscht, Director General (Representante del MTSS) y Ec. Pablo Puppo, Director (Representante de OPP)
- Secretarios : Señora María Rinaldi y señor Gonzalo Legnani
- Prosecretarias : Señoras Gisela Losada y Mariela Gilet

COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO DE LA SITUACIÓN CARCELARIA

(Reunión del día 4 de agosto de 2022)

SEÑORA SECRETARIA.- Está abierto el acto.

(Es la hora 17 y 37)

—De acuerdo con lo establecido en el artículo 159 del Reglamento del Senado, corresponde designar un presidente *ad hoc*.

SEÑOR ECHEVERRÍA (Diego).- Propongo al señor legislador Martín Sodano.

SEÑORA SECRETARIA.- Se va a votar.

(Se vota)

—Diez en once: AFIRMATIVA.

(Ocupa la Presidencia el señor representante Martín Sodano)

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la reunión.

(Ingresa a sala una delegación del Sistema de Atención Integral para Personas Privadas de Libertad, SAI-PPL)

—La Comisión Especial de Seguimiento de la Situación Carcelaria da la bienvenida a la delegación del Sistema de Atención Integral para Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL) integrada por su directora, la doctora Teresa Sanabria; por el adjunto a la Gerencia General, el licenciado Tomás Baladan; por el adjunto a la dirección, doctor Wilfredo Recalde, y por el asesor legal, doctor Joaquín Bordón.

Han sido invitados para que nos informen sobre el Sistema.

SEÑORA SANABRIA (Teresa).- Buenas tardes.

Quiero darles las gracias por la invitación; es un honor para nosotros estar aquí con ustedes.

Soy la directora de SAI-PPL desde el 9 de noviembre del año pasado. Luego se van a presentar los compañeros, porque hubo algunos errores en los nombres.

En cuanto a la presentación de SAI-PPL, queremos saber exactamente qué les interesaría saber y cuál es su interés en cuanto a nuestra función y a cómo estamos funcionando a nivel carcelario.

SEÑOR PRESIDENTE.- En la invitación que les hicimos llegar se decía que el motivo de la convocatoria era que nos brindaran información sobre la asistencia que se está proporcionando a las personas privadas de libertad. La preocupación que tiene la Comisión tiene que ver con el alcance que tiene SAI-PPL con la población privada de libertad. Queremos saber cuáles son los enfoques, cómo se están utilizando las herramientas y de qué manera poder mejorarlas; esto lo digo a título personal.

La Comisión viajó a Rivera y visitó las tres cárceles. Vimos que en una chacra hay una policlínica de ASSE, que ahí atiende Sanidad Policial y que está la policlínica pegada al lado. El recurso no se está administrando ni utilizando de la mejor manera. La ley responsabiliza a ASSE de la atención de

los privados de libertad, pero más allá de eso queremos saber a nivel más profundo y general cómo lo están manejando.

SEÑOR MELÉNDEZ (Lauro).- Bienvenidos.

Es importante que estén acá, porque este es un espacio de trabajo que siempre fue bastante invisibilizado; está bueno.

Durante tres años me tocó ser director de la institución y quería darles una mano en cuanto a la pregunta, ya que termina siendo muy genérica porque SAI-PPL no atiende a todas las cárceles del INR, sino específicamente al área metropolitana y, si no me equivoco, al establecimiento de Cerro Carancho en Rivera. Entonces, de repente explicar cuál es el alcance y cuáles son los servicios que brindan a las instituciones de privación de libertad podría ser un inicio para que podamos comprender mejor entre todos cuál es la función y cuáles son los posibles problemas que puedan tener.

SEÑORA LIBSCHITZ SUÁREZ (Margarita).- Buenas tardes.

Doy la bienvenida a la directora y al resto de la delegación.

Yo tengo un par de preguntas concretas. Ayer y anteayer en la rendición de cuentas, en la Comisión de Presupuestos integrada con Hacienda -anteayer estuvo el Ministerio del Interior y ayer representantes de ASSE-, estuvimos analizando los artículos que refieren a una transferencia de presupuestos desde el Ministerio del Interior a ASSE para que se hagan cargo de la cárcel de Canelones y de Las Rosas en Maldonado. Se trata de \$ 17.000.000 para atender a una población de alrededor de 2.000 y algo de personas entre ambas cárceles. En realidad no tenemos los números muy claros, pero el ministro Heber dijo que eran 2.100 y algo; no tengo las versiones taquigráficas, pero anda por ese número. Quisiera que pudieran responder si ya analizaron cómo van a asumir eso en el caso de que sea aprobado, que entiendo que va a serlo, y si creen que esos \$ 17.000.000 alcanzan para atender a esta población, porque una cuenta de almacenero da entre \$ 800 o \$ 900 por persona privada de libertad y sabemos que no son personas que tengan las mismas necesidades que otras por las condiciones en las que viven. Quiero saber si ya hay algún plan para la población de esas dos cárceles y si fue conversado esto junto con el directorio de ASSE y el Ministerio del Interior.

Muchas gracias.

SEÑORA SANABRIA (Teresa).- Me gustaría empezar hablando de lo que decía el legislador Lauro Meléndez y después solicitar que se le conceda la palabra al resto del equipo, que tiene mucho para decir sobre ese tema.

SAI-PPL significa Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad y fue fundado en el año 2010. Tenemos exactamente siete centros penitenciarios a cargo de ASSE: la cárcel de mujeres, que es la Unidad N° 5; la Unidad N° 9, que es la cárcel de madres con hijos; la Unidad N° 1, que es la PPP-1 pública privada; la Unidad N° 6, que es la unidad de Punta Rieles -nosotros entre comillas le decimos "Punta Rieles viejo"; la ex-Comcar, que es la Unidad N° 4 y el penal de Libertad, que es la Unidad N° 3. Nos queda, finalmente, Cerro Carancho, la Unidad N° 12, que queda en Rivera.

En esos centros penitenciarios tenemos centros de salud y en ellos atendemos. En el resto de los centros del país la atención corre por cuenta de Sanidad Policial, no de ASSE.

La idea fue y es que de a poco las cárceles puedan ir pasando a la órbita de ASSE. Ahora voy a pedir que hable el licenciado Baladan, que es el que más sabe de eso porque también trabajó en la cárcel de Canelones.

SEÑOR BALADAN (Tomás).- Pasé en comisión por Sanidad Policial a ASSE. Anteriormente, estuve siete años como encargado de enfermería a nivel nacional de las cárceles que pertenecen al Ministerio del Interior.

Como ustedes saben, la atención de salud a los privados de libertad se divide en dos prestadores de salud: el Ministerio del Interior y ASSE. A ASSE comprende las unidades penitenciarias, como explicó la doctora Sanabria, y el resto, incluido Cerro Carancho, las mujeres, pertenece a Sanidad Policial.

Con relación a las preguntas planteadas sobre las cárceles de Canelones y de Las Rosas, nosotros ya hicimos un estudio, una proyección de gastos de las unidades de internación penitenciarias. Por suerte para ustedes es poco, pero para nosotros es mucho porque Sanidad Policial carece de muchísimos recursos. Por ejemplo, las cárceles de Sanidad Policial como Canelones, Las Rosas, Río Negro o Paysandú, no cuentan con auxiliares de servicio, emergencias móviles, registros médicos, auxiliares de farmacia ni enfermería en policlínica. Nosotros queremos hacer un sistema para el primer nivel de atención en los centros de internación penitenciaria. Sobre esa base, hicimos una proyección y dio más o menos esa cifra.

Nosotros ya hemos programado cómo puede ser el descalce al tomar esas unidades. No sé si tienen alguna pregunta con relación a eso.

SEÑOR PRESIDENTE.- Primero quisiéramos que hicieran un desarrollo del tema para tener una idea, una base de la situación como ustedes la comprenden y, a partir de ello, generamos otras preguntas.

SEÑOR BALADAN (Tomás).- Nosotros teníamos programado contar más o menos la situación desde noviembre de 2021 hasta 2022; cómo hemos trabajado en el establecimiento y qué tenemos como objetivo en lo que refiere a la atención de calidad a las personas privadas de libertad.

SEÑOR RECALDE (Wilfredo).- Soy el doctor Recalde, subdirector de SAI-PPL. Como decía la directora, damos cobertura al área metropolitana y la única unidad de las siete que está fuera del área metropolitana es la Unidad N° 13. El modelo asistencial se basa en el mismo modelo asistencial que tiene ASSE para cualquier centro de salud de la RAP, la Red de Atención Primaria. Nuestro modelo es de atención primaria; en todas las unidades tenemos una cobertura en común: el modelo de emergencias-urgencias que cuenta con un centro, un espacio físico y una puerta de emergencia donde se da una primera cobertura. En el caso de que se trate de una emergencia, allí se hace la estabilización del paciente crítico.

Nuestra población es bastante compleja porque existe una dinámica violenta dentro de la convivencia. Otra de las características propias de esta población es que el herido grave generalmente lo es por arma blanca o por situaciones que se generan dentro del módulo por condiciones propias de la

vivienda: los grandes quemados o el precipitado. Esas son las urgencias más frecuentes. Para ello, tenemos un sistema de contén. En ese caso, hablamos de que muchas veces este sistema es carente sobre todo en la estabilización del paciente, porque debemos coordinar con hospitales de segundo y tercer nivel y lograr el traslado de esos pacientes. Como decía, lo que hacemos es estabilizar al paciente crítico, ventilarlo y darle la primera asistencia; luego debemos lograr la conducción del paciente hacia un segundo o tercer nivel de atención.

Dentro de las debilidades de nuestro sistema está el servicio de traslado; es un servicio tercerizado que se paga con nuestros fondos. El SAME 105, que es parte de nuestra familia de ASSE, tiene un problema sindical y no logramos la cobertura en nuestras unidades porque no entra dentro de las cárceles. Solamente lo hace a la Unidad N° 9, que es la de madre con hijos; en ese caso, a los niños se les da cobertura.

Cualquiera de nuestras puertas de emergencia funciona como el resto de las puertas de emergencias de la RAP metropolitana; cuenta con un médico en carácter de urgencia, generalmente 12 o 24 horas en dependencias del centro.

Nuestro centro más grande es la Unidad N° 4, la que tiene mayor cantidad de población. Ahí se atiende de lunes a lunes y la gran mayoría de los días tenemos dos unidades, dos médicos y dos enfermeros debido a la cantidad de episodios violentos que se generan. La mayor cantidad de emergencias y urgencias se generan en ese lugar porque es donde hay mayor población.

También está compuesto por un licenciado en enfermería y funciona en un equipo de emergencia. El resto de las consultas que no son de emergencia, de paciente crítico, también funcionan en modo de coordinación. Asimismo, los traslados se coordinan con una empresa tercerizada cuyo costo se paga con nuestras arcas. Reitero que esto lo vemos como una debilidad del sistema.

Contamos con un servicio de policlínica porque se apunta al fortalecimiento del primer nivel de atención. Desde que la directora y el resto del equipo asumimos el equipo de gestión, pensamos que esta era una de las herramientas que había que fortalecer, tal como está demostrado en la población en general, y creamos la figura del médico referente, el médico de policlínica. En algunos lugares funciona el especialista en medicina familiar y comunitaria que, para la fecha, es el especialista que más se acerca a este tipo de población, que más sensibiliza por el contexto comunitario. Por lo tanto, funciona el binomio de médico referente con enfermeros con perfiles comunitarios.

Una de las cosas que habíamos visto como debilidad del sistema en uno de los centros carcelarios más grandes que tenemos, que es el Comcar, era la atención en los módulos. Entonces, hicimos una buena distribución de los recursos y creamos policlínicas en los módulos, pero al trabajar en una casa distinta a la nuestra, porque es del INR -del Ministerio del Interior-, negociamos lugares, espacios físicos que fueron acondicionados por fondos que también tuvimos que destinar desde nuestra unidad ejecutora para la conectividad de agua y luz, el pintado y el mobiliario para dar condiciones a nuestros funcionarios, a los médicos y enfermeros, y así aplicar el modelo asistencial del

primer nivel de atención donde lo que prima es la prevención, promoción y contención de esta población, que es bastante compleja y multifactorial al momento del abordaje.

Nosotros creemos en el proceso de la salud y la enfermedad como lo multifacético, es decir, no solo desde la ausencia de la enfermedad en sí, sino desde el abordaje biopsicosocial del paciente. Entonces, vemos como prioritario el contén del paciente desde lo comunitario.

Tenemos muchas faltas desde que aplicamos este modelo asistencial porque los recursos son muy pocos para intervenir en una población que está en un centro de rehabilitación. Para poder rehabilitar necesitamos de muchos más actores. Pensamos que la academia es un lugar importantísimo que puede aportar conocimiento y herramientas para posibles soluciones a las problemáticas que muchas veces desconocemos; tenemos proyectos que nos acercan mucho a la academia.

Continuando con la prestación de servicios, tenemos un equipo fuerte de psicólogos y psiquiatras dando mucha fuerza a la salud mental de estos pacientes. No es por estigmatizar, pero estamos hablando de una población compleja. Hemos realizado algunos diagnósticos de salud, y tuvimos muchas dificultades para hacerlo porque no se trata de una población estática, sino muy dinámica. [La población entra y sale; muchas veces no sabemos cuando entra, otras veces, no sabemos cuando sale. Sabemos con la cantidad de pacientes que contamos, pero no sabemos con qué cantidad de plazas contamos porque la Unidad N° 1 tiene una cantidad de plazas, de las cuales no se excede, y sabemos que son mil setecientos usuarios los que están ahí. En esa parte se nos dificulta dar continuidad y seguimiento al paciente porque dentro del INR también hay dinámicas complejas de convivencia -que nosotros desconocemos- que a veces generan conflictos que hacen que ese interno nuestro, que es de captación y seguimiento, vaya destinado a alguna otra unidad en la cual le perdemos el seguimiento, sobre todo, si la unidad no pertenece a la cobertura de SAI-PPL, como decíamos, los que están dentro del área metropolitana o Rivera.

Sin estigmatizar a nuestra población -sabemos cuál es nuestra población-, en estos pacientes prima mucho el consumo; el que no consumía, empieza a consumir o venía con problemas de consumo o de situación de calle, o muchas veces en situación de abandono, sin acompañamiento. En base a eso hay aproximaciones diagnósticas. Nuestro fortalecimiento en la salud mental es contar con equipos de policlínicas de salud mental, con psiquiatras; también implementamos el modelo asistencial de teleclínica, donde tenemos operadores terapéuticos en adicciones; muchas veces el psicólogo o el operador terapéutico hace consulta por telemedicina con el psiquiatra; utilizamos ese recurso para poder dar la cobertura.

En todas las unidades de nuestro centro de salud, que es un servicio en común, le damos el servicio de odontología siguiendo los programas de salud bucal; muchos de ellos nunca tuvieron contacto con un servicio odontológico y desconocen lo que es la salud o la higiene bucal. En cada centro contamos con dos personas que son operativas: el coordinador operativo -que gestiona como modulador entre ASSE, SAI-PPL e INR para la asistencia de la PPL, y en el

tema de hacer conducciones, cargar el área jurídica-, y los licenciados en enfermería que son un pilar principal al momento de la asistencia de las PPL.

Esto es un pantallazo de todo lo que se brinda como cobertura en cuanto al común de todos los centros.

Ahora, tenemos r centros de diferentes características, como la Unidad N° 9, de madres con hijos; poblaciones con características distintas al resto del común de la población, como lo es madres con hijos. Ahí tenemos la figura y el rol de un médico de familia que hace el control del embarazo. En este caso, en esta unidad, seguimos los programas de salud sexual y reproductiva con el SIP (Sistema Informático Perinatal). Tratamos de cumplir y damos cumplimiento a los controles de embarazo por trimestre, como cualquier mujer de nuestro país que se controla el embarazo.

Se hace captación y seguimiento del niño; se cumple con el programa de salud para la niñez y la adolescencia. A la adolescencia no le damos seguimiento porque pertenece a Inisa; nosotros no tenemos adolescentes. En la Unidad N° 9 los niños permanecen con la madre hasta los 5 años de edad, después, por temas legales y administrativos, tienen otro destino; eso es lo que lo hace diferente.

Otra de las diferencias de la población, tanto masculina como femenina, es que tenemos que crear estrategias para el cumplimiento del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. En el inicio de la gestión detectamos -con la directora y los adjuntos- no el incumplimiento, sino la falta que se tenía en cuanto a la cobertura de la asistencia para la realización de *pap* y mamografías. Tuvimos que crear una estrategia para poder sanear esa situación, en la que generamos contactos desde nuestras gerencias en ASSE, pues nosotros dependemos directamente de Gerencia Asistencial, previamente pertenecíamos a Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, hace alrededor de un año que no pertenecemos más, entonces, nuestro órgano rector dentro de ASSE es Gerencia Asistencial. Junto con ellos pudimos acercarnos a lo que es la Secretaría de Salud Sexual y Reproductiva, y con ellos, mediante jornadas desde junio, logramos todos los martes realizar *paps* a toda la población femenina, y con eso, la detección de muchas patologías que estaban a la vuelta, a las que no estábamos atentos porque no habíamos detectado el problema, que como tal era que no se realizaba el *pap*. Y los resultados fueron el disparador de un nuevo problema: habían muchos *pap* patológicos; las mujeres acá presentes saben que después de eso hay que hacer diferentes estudios. A partir de eso se hicieron gestiones para poder hablar y conseguir el recurso humano y material para poder ingresar un colposcopio y hacer las colposcopías, que es el siguiente paso a un *pap* patológico que podría ser compatible con un cáncer.

Eso nace desde la gestión junto a la directora y a los adjuntos, y el Mides, que nos acompaña con un móvil -que es una camioneta que cuenta con una partera que se sumó al equipo- y la escuela de parteras, de donde nace nuestro interés de querer acercar a la academia a nuestras instituciones para que no solo nos apoyen desde el recurso humano, sino, desde sus saberes en cuanto al conocimiento técnico.

También dividimos la presentación respecto a los programas y proyectos que estamos realizando. Dentro de los proyectos, mediante Gerencia

Asistencial y Gerencia General, logramos que se acerque la Facultad de Enfermería con los licenciados en enfermería para hacer lo que es extramuro dentro de la población femenina.

Para que ustedes sepan, la directora viene de territorio, era la médico referente de policlínica de la población femenina, y yo vengo de territorio, de la Unidad N° 1, donde era el referente médico de policlínica de Punta de Rieles. Estamos como representando a nuestra población desde ambas partes, tanto la femenina como la masculina.

Otra de las cosas que logramos durante nuestro período de gestión -justamente, tenemos al licenciado adjunto, que trabaja en el Instituto Nacional de Traumatología- fue las teleclínicas, telemedicina, con técnicos médicos que se encuentran en traumatología. Nosotros tenemos la posibilidad de que nuestros médicos referentes de las unidades que trabajan en policlínica presenten no solo la patología, sino también los casos a seguir, como los de intervenciones quirúrgicas. Muchos de nuestros pacientes tienen problemas traumatológicos; muchos han sufrido politraumatismos, heridas de armas de fuego. Quedan situaciones a resolver y, desde que iniciamos las teleclínicas con el Instituto de Traumatología hemos podido dar solución a otra problemática que se hizo visible en ese momento.

Con otra de las especialidades y otra unidad ejecutora con la que venimos trabajando mucho, más allá de que supimos separar nuestras casas con Salud Mental, es con Vilardebó, porque ocasionó como una transición al momento de que dejamos de depender de Salud Mental. Teníamos una sala adentro del Comcar, que le llamaban la Sala 12, donde quedaban los pacientes portadores de patologías psiquiátricas que el juez declaraba imputable y no podían estar con la población en general, que sería la Sala 11 o la Sala 8 del Vilardebó. Entonces, se logró establecer conceptualmente que, más allá de que está privado de libertad, es un paciente portador de una patología psiquiátrica que puede depender de lo que vendría a ser el rector en estos casos de salud mental, del hospital Vilardebó, y logramos que esa sala que estaba en el Comcar pasara a la ex Cárcel Central y dejara de llamarse Sala 12 para llamarse Sala de Agudos en Salud Mental.

Entonces, para eso logramos un mecanismo de referencia y contrarreferencia donde el paciente, si es portador de una patología psiquiátrica, ya conocida o de debut, es trasladado al hospital y allí deciden si ingresa a esa sala. Hay que tener como concepto que esa sala es de agudos, y una vez que se estabiliza el paciente en agudos vuelve a la unidad de donde salió o a otra unidad con mejores características que pueda dar contén a un paciente portador de una patología psiquiátrica.

Con otra de las unidades y entes rectores que trabajamos directamente es con el Ministerio de Salud Pública, con la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis y en lo que estamos trabajando en este preciso momento es en establecer un programa que acompañe las actualizaciones mundiales de lo que es diagnóstico y captación precoz de pacientes portadores de esta enfermedad. Muchos de nuestros pacientes -sin seguir pensando que es nuestra mayoría- tienen varios contextos en común: vienen de situación de calle, vienen de ambientes cerrados, vienen de consumo o algo por el estilo, son los que tienen mayor predisposición a padecer estas enfermedades. Una

vez que ingresan al sistema, se les realiza rayos equis. A la fecha, todo paciente que ingresa pasa por lo que se llama Centro de Ingreso, Derivación y Diagnóstico, que está en el predio de Punta de Rieles. Tenemos estandarizado que a todo paciente captado se le realiza una primera entrevista clínica, se le hace una apertura de historia clínica; usamos la historia clínica electrónica -estamos intentando digitalizar eso- y se le realizan pesquias, que es la realización de test para sífilis y VIH y la toma de expectoración para detectar tuberculosis.

SEÑORA SANABRIA (Teresa).- Es muy bueno aclarar que cuando la población masculina va al centro de ingresos se le hace un test rápido de HIV, de VDRL y una baciloscopía, pero tenemos un problema especial. La población femenina no pasa por ese centro de ingreso, o sea, va de donde corresponda -de Jefatura o de donde sea- directamente a CNR y ahí es donde se realiza la historia, los test rápidos de HIV, de VDRL y se sacan las tomas para baciloscopías.

Es muy importante que sepamos que para muchos de nosotros capaz que es escaso o bajo el número de personas, por ejemplo, con VDRL positivos, con sífilis; en realidad, son muchísimos, y lo que estamos intentando lograr es que si antes de que un paciente termine el tratamiento se va en libertad o es cambiado a otra unidad, se lo pueda seguir para que termine el tratamiento en forma correcta, porque muchas veces nos pasa -al igual que en el caso de la tuberculosis- es que esos pacientes no terminan el tratamiento. Entonces, al no terminar los tratamientos el germen se hace cada vez más resistente.

SEÑOR RECALDE (Wilfredo).- Quiero que ustedes entiendan que el equipo de gestión -médicos, licenciados y el asesor legal desde toda la parte judicial, porque tenemos que velar por todas las puntas de nuestros pacientes- se ve en la dificultad de visualizar el tipo de paciente del que hacemos seguimiento, captación. Se trata de un paciente que llega a la privación de libertad porque fallaron todos los mecanismos de contención social; los determinantes de los procesos de salud y enfermedad de una persona donde el sistema puede contener, fallaron, y la persona llegó a estar privada de libertad.

Hacemos estudios de modo pesquisa, detección. La compañera nos preguntaba de qué modo nos pueden ayudar. Generalmente es, sobre todo, en la escasez de recursos; todos los gastos que se generan corren por cuenta de nuestra unidad ejecutora. Muchos de los test que se compran son caros. Nos encantaría hacer cada seis meses controles o volver a hacer como una especie de pesquisa en cada uno de ellos, pero eso implica demasiado gasto porque los test se compran a los laboratorios y son caros, ya que no se producen acá y vienen del extranjero.

Me gustaría que se visualizara que el tipo de paciente que tenemos nosotros no es el común de nuestra sociedad y que la mayoría es portador de una patología. Nosotros no vemos la patología solo como la presencia de la enfermedad, porque estar privado de libertad ya lo vemos como una enfermedad en sí, tal vez, desde otra esfera, pero no solo desde el proceso de enfermedad.

También dentro del fuerte que podemos llegar a tener en cuanto a los pacientes -sobre todo, el paciente consumidor, el que tiene un consumo problemático de sustancias- trabajamos con Presidencia, con la Secretaría

Nacional de Drogas aplicando los programas que se elaboran en conjunto, porque hay una mesa -en la que la directora me dejó de representante, junto con la Secretaría- en la que participa un representante de Instituto Nacional de Rehabilitación, un representante de la Secretaría y yo como representante de SAI-PPL en la elaboración de programas que puedan dar cobertura a los problemas de consumo.

También nosotros, con nuestro personal -tanto con los operadores terapéuticos en adicciones y los psicólogos-, participamos de los programas donde se desarrollan las guías.

Si nos preguntan cuál es la debilidad en esa parte, diríamos que es que no contamos con el recurso humano y financiero suficiente como para poder dar cobertura a una problemática tan grande como es el consumo dentro de cárceles, no solo el consumo actual, sino el consumo del que viene de la calle y durante un período de tres meses o seis meses se tiene que hacer el contén, sobre todo, a lo que es la abstinencia. Entonces, eso lo vemos como una problemática; las adicciones en cárceles lo vemos como una problemática, y como tal desde el equipo de gestión creamos las estrategias, pero no damos abasto con la gran cantidad que podemos identificar con este tipo de problemas.

Otra de las asistencias a nivel interdisciplinario e interinstitucional viene del Ministerio del Interior. Participamos de las Mesas de Salud de Instituto Nacional de Rehabilitación donde, en conjunto, con INR, se planifican estrategias para poder dar solución a problemáticas detectadas, que no son acercadas en tiempo y en forma a nuestro centro.

La problemática más grande que también vemos en este tipo de paciente es que todo paciente nuestro no es igual al resto de la población en común, porque los pacientes están judicializados. A nuestros pacientes les ordena un juez que ingresen; detrás de cada paciente hay un juez, hay un juzgado -que es ejecución y vigilancia- y cada paciente nuestro tiene una defensoría. Eso implica que nosotros como médicos, enfermeros, licenciados tengamos que estar lidiando con toda un área jurídica, no como el resto de nuestros compañeros médicos asistenciales.

Entonces, ahí hay que respaldar y reconocer el trabajo de nuestro asesor legal que ha fortalecido esa área en todo lo que es la cobertura en cosas que no son nuestros saberes. Más allá de que tengamos nociones como médicos o como técnicos, no tenemos la fortaleza para enfrentarnos a cuestiones judiciales. Somos continuamente convocados por jueces o interpelados por abogados en cuanto a las coberturas que se puedan llegar a dar.

SEÑOR BORDON (Joaquín).- Buenas tardes.

Soy el asesor legal de la Dirección.

Como bien decía el doctor Recalde, si ustedes imaginan cualquier otro prestador de salud de primer nivel no se puede comparar con nosotros porque el vínculo de la PPL extramuros es a través del juez.

Eso genera un volumen de decretos judiciales, de oficios, que hay que cumplir. El legislador debe saber el emplazamiento que nosotros tenemos en

nuestras oficinas, que es donde damos cumplimiento. Todos sabemos que el Poder Judicial está muy lejos todavía de manejarse electrónicamente; todo es papel. Por lo tanto, nosotros para cumplir esos oficios deberíamos dirigirnos a los juzgados, pero las unidades están lejos y eso nos genera una dificultad en el cumplimiento.

Lo hemos optimizado e, incluso, hemos comenzado a adelantarnos a que el juez tenga que pedirnos la información y ante la constatación médica de alguna situación en la que pueda estar vulnerado algún derecho lo ponemos en conocimiento inmediatamente de un juez, o cuando lamentablemente tenemos algún fallecimiento también inmediatamente comunicamos a la sede judicial.

Otra de las dificultades que afrontamos del área legal -de pronto, a futuro, es algo que desde esta Casa habría que contemplar- es el acceso a la información impropia, a la información sensible de la PPL. La persona está privada de libertad; el juez es quien puede relevar el derecho de la información para que se pueda brindar -ya sea la historia clínica o un diagnóstico médico-, pero todos sabemos que en cárceles trabajan otras instituciones que son garantes de derechos, por fuera de la órbita judicial, como es el Instituto de Derechos Humanos o propiamente el Comisionado Parlamentario. Entonces, creo que ahí hay una falencia de legislación, en cuanto a quien puede solicitar el acceso al *habeas data* de la información sensible de la PPL.

En eso nos enfrentamos a un problema porque nosotros tenemos que resguardar la información de la PPL, pero diversas instituciones nos piden información. Sabemos que es en pos de trabajar por la salud de la PPL, por garantizar algún derecho vulnerado, pero también tenemos que garantizar el *habeas data* propio. Entonces, nos manejamos con el consentimiento de puño y letra de la PPL y, después, que a la PPL se le hace entrega de la información sensible se lo puede dar tanto a sus familiares como al Comisionado o al Instituto de Derechos Humanos.

SEÑOR BALADAN (Tomás).- Quiero esclarecer un poco la debilidad que tenemos en cuanto a los test para VDRL, HIV. Si bien es costoso se podrían hacer exámenes de sangre, pero tenemos la debilidad de que los centros de referencia de ASSE no nos aceptan cierta cantidad de muestras. Con los *pap*, por ejemplo, nos pasó lo mismo; no podemos hacer más de noventa todos los martes, y al principio hacíamos treinta. De esos noventa son treinta para el Pereira Rossell, treinta para el INCA. Estamos distribuidos de esa forma. Por eso, la cantidad es limitada.

Hemos solicitado al laboratorio de la RAP metropolitana que nos acepten tanta cantidad de muestras para hacer los *screening*, la serología en sangre y nos es imposible porque diez muestras por semana no podemos.

Hemos hecho un relevamiento de salud con el Plan Dignidad, incluso, fue la prensa, y lo hemos realizado en el Penal de Libertad, en el Comcar, y en CNR femenino en paralelo; con los *pap* que se hacen todos los martes estamos haciendo lo mismo. Se le hace una anamnesis al PPL con peso, talla, presión arterial y ahí se ven cuáles son las dificultades que presentan. Si presenta alguna dificultad como la escabiosis, por ejemplo, se pasa directamente a policlínica y tiene que ser valorado inmediatamente por el médico tratante del centro.

En relación a lo que decía el doctor Recalde con respecto a la policlínica, en Comcar, por ejemplo, conseguimos que nos conectaran la fibra óptica para tener la historia clínica electrónica y poder trabajar mejor. Las policlínicas en los módulos son porque había mucha dificultad de que el PPL de un Módulo N° 5 del Comcar sea trasladado al centro de salud para que sea visto. Entonces, redistribuyendo los recursos humanos con los que contábamos y sin recursos nuevos pusimos policlínicas, por ejemplo, en el Comcar, de lunes a viernes; hay en todos los módulos, es solo bajarlo directamente ahí y no llevarlo al centro de salud, que eso era muy inevitable.

Otra debilidad tiene que ver con que en el INOT, que están viendo diez pacientes todos los viernes -por ejemplo, en el Comcar la semana pasada, vieron cuatro que son para preoperatorios; coordinación- tenemos la dificultad de la custodia de INR para sacar a esos PPL para hacer una placa, una tomografía, o una resonancia si fuera necesario, que se indica a través de la telemedicina. Nosotros elevamos en forma mensual a la Gerencia Asistencial de ASSE todas las faltas de estudio por no conducciones a través de INR.

Para eso estamos proyectando en inversión el año que viene. Tenemos un aparato de rayos X en la triple P, en Punta de Rieles en la Unidad N° 1. También está la problemática de si los PPL de Comcar pueden ingresar a un establecimiento para hacerse una placa, a la Unidad N° 1. Lo mejor para nosotros es invertir en un aparato de rayos para el Comcar y tratar de evitar menos interrupciones en los tratamientos terapéuticos. Si hay un aparato de rayos en el Comcar, son 4.500 PPL que podremos tener estudiados al día, tanto para la baciloscopia como para la telemedicina.

Con el Plan Dignidad también hemos realizado todo el esquema de vacunación, tanto para la gripe como para el covid. Generalmente, tenemos más del 90 % de la población con la segunda dosis mínima de la vacunación contra el covid.

Hubo otro programa; cuando hicimos ese relevamiento de todas las personas privadas de libertad de los establecimientos hemos visto que había muchos PPL que hacía muchos años que estaban con la colostomía, las cuales empezamos a gestionar y hay veintisiete PPL en un establecimiento del área metropolitana para el cierre de las mismas.

(Diálogos)

—La colostomía es la interrupción de tránsito intestinal por alguna herida de arma blanca o alguna otra patología crónica en la que el PPL haya sido intervenido. Hemos logrado para esos veintisiete PPL -en comunicación con el Hospital Maciel y el Hospital Pasteur- el cierre de las mismas, las cuales están siendo programadas. Por ahora, van solo dos, en forma lenta, pero por lo menos se inició el proceso.

(Diálogos)

SEÑOR TAROCO SILVEIRA (Beder Raúl).- Soy funcionario de la salud también.

Tú hablabas de las colostomías. ¿Ustedes tienen material necesario para el cambio? Y me gustaría saber si la medicación, más que el consumo psicofármacos, les llega puntualmente a los asmáticos. Veo que en algunos

lugares hay quejas como, por ejemplo, en ciudades del interior, donde a los asmáticos no les llega la bombita, no hay psicofármacos, hay carencia. Entonces quiero saber si los recursos llegan, si son suficientes o están en demanda como a veces pasa con Salud Pública.

SEÑOR BALADAN (Tomás).- En relación con las colostomías, sí, tenemos bolsas y aros de colostomía N° 57 y N° 70, así como la pasta de karaya. Eso no ha faltado y no hemos tenido denuncias desde nuestras dependencias, de los que están bajo nuestro cuidado.

Con relación a los psicofármacos, tenemos \$ 950.000 para gastar en medicación para casi diez mil personas privadas de libertad. De esos \$ 950.000 que tenemos en forma mensual casi \$ 600.000 se van solo en quetiapina...

(Diálogos)

—El resto es para los otros psicofármacos, como el clonazepam y la medicación crónica. Hemos hecho la calesita, pero medicación no ha faltado, y no hemos tenido denuncias al respecto. Es más, el consumo de psicofármacos en Comcar -que lo estamos usando como plan piloto- lo estamos haciendo por boca, porque se usan para traficar. El consumo en Comcar ha bajado muchísimo, casi un 50 %, pues el que lo precisa lo toma y el que lo usa para traficar no lo toma.

SEÑOR RECALDE (Wilfredo).- Como tenemos personal técnico médico, una de las cosas que hemos implementado en acompañamiento, junto con la directora -con quien participamos y a veces liderados-, son los ateneos médicos. Cada quince días hacemos discusiones de casos vía telemedicina, por la cual logramos contactar y confraternizar con el resto de nuestros médicos que dependen de SAI-PPL, y discutimos los casos.

Todo lo que es la asistencia a la población en general está basada en protocolos actualizados. Eso nos gusta mucho, porque estamos fortaleciendo lo académico. Los pacientes asmáticos, sobre todo, a veces carecen de diagnóstico o no realizan un uso adecuado de los inhaladores. Eso también lo estamos revirtiendo. Hay cosas que se cronifican en los tratamientos o en los centros sin haber hecho una correcta valoración por parte de los centros. Entonces, tratamos de saltar las falencias en cuanto a lo asistencial y ajustarnos a los programas asistenciales actualizados. Con eso, hemos logrado aterrizar tanto los programas de nuestro máximo rector, que es el Ministerio de Salud Pública, como las discusiones de casos clínicos con teleclínica.

En cuanto a las teleclínicas, estamos participando del proyecto ECHO, de telemedicina, liderado por el doctor Cohen, al que fuimos invitados. Tenemos dos tipos de apertura. Una teleclínica es para los pacientes del área de salud mental, que son portadores sobre todo de patologías duales en las cuales el consumo ha desencadenado patologías psiquiátricas, o las patologías psiquiátricas se asocian con consumo. Ahí también queremos incorporar toda la parte médica; no solo es el área asistencial, sino también este equipo de gestión que está comprometido a la continua formación de sus técnicos para que no haya falencias en cuanto a los tratamientos.

Sí es cierto que tenemos que sortear problemas que son propiamente de la convivencia de las PPL; tenemos que seguir incentivando que los tratamientos se cumplan, tanto los crónicos como de psicofármacos. ¿Para

qué? A fin de que el psicofármaco -como decía el adjunto Tomás Baladan- no se convierta en moneda corriente, moneda de cambio. Estar privado de libertad y no contar con apoyo familiar ni de ningún tipo puede generar alguna moneda de cambio que acarrea problemas tanto para el sistema como para nosotros, porque nos genera una pérdida.

Sí tenemos muy bajo presupuesto para la compra y cobertura de medicación. Si queremos actualizar los últimos tratamientos no lo vamos a poder hacer. También, acompañamos a ASSE porque para la población general tampoco puede actualizar tratamientos que últimamente son costosos. En esos casos puede llegar a pasar. Pero lo que son asistencias en base a un diagnóstico de control y seguimiento, eso no ocurre, al menos que no llegue en el sistema.

Ustedes tienen que visualizar que, más allá de que nosotros como centro de salud le ponemos todo el énfasis a que el médico referente haga el control y seguimiento y que esté presente en los módulos, existen temas que son de seguridad, que son propiamente del INR. Y nosotros, como población civil, nos tenemos que ajustar, y a veces somos rehenes de esa situación, porque el INR no cuenta con personal suficiente como para darnos cobertura en situaciones como las que planteaba el licenciado Baladan, en donde tenemos que realizar una conducción. Está estipulado que para cada conducción de una PPL tenemos que contar un móvil, para lo cual no tenemos recursos. Actualmente, tenemos solo dos móviles andando -habo de camionetas combi- para poder hacer el traslado de todas las PPL de todas las unidades a consultas extramuros. Cada una de las PPL precisa dos custodias para salir, más el permiso de un juez.

Entonces, muchas veces nos vemos enfrentados a consultas externas de un paciente que tiene que ir a un cardiólogo, que no tenemos, o a un hospital general, pero no puede salir porque no tenemos la custodia o no tenemos el móvil para poder dar cobertura a esas cosas.

En eso sí estamos en falta, porque no tenemos actualmente los recursos suficientes como para poder cubrir con una flota o con un móvil por unidad y que el INR cuente con los custodios suficientes para poder sanear esas necesidades. Desde la parte de salud, mediante el sistema de gestión de atención a consultas podemos fácilmente generar día y hora para la atención con un cardiólogo, un endocrinólogo, un diabetólogo, un neumólogo o cualquier otro especialista; pero no se llega a lograr la consulta porque generalmente no tenemos un móvil.

Debido a la falta de móvil tenemos que pagar y el presupuesto nuestro es muy bajo, por lo que a veces debemos disminuir un poco el tema de traslados interconsultas extramuros.

SEÑOR BALADAN (Tomás).- Hablando de la sala -y dando cierre porque le gusta hablar mucho al subdirector- es el proyecto de sala de internación penitenciaria en la PPP, consta de dieciocho camas y, por ahora, nos habilitaron solo doce, para las cuales ya compramos los colchones ignífugos y están tendidas. Lo único que nos falta son los recursos humanos, que ya fueron solicitados a través de expediente a ASSE y no sé si van a entrar en el presupuesto.

Habíamos pedido doce camas, diez enfermeros -dos por turno-, y una licenciada por turno, con dos turnantes. Ya elaboramos los criterios de ingreso. La Gerencia General se encarga de determinar quién puede ingresar a esa sala, que ha sido creada para todos los postoperatorios inmediatos o mediatos, dependiendo de la cirugía que se haya realizado.

SEÑORA BARRERO (Graciela).- Es un placer que estén acá con nosotros.

Me gustaría hacerles tres o cuatro preguntas.

Quisiera saber cuántos médicos, enfermeros y psiquiatras atienden a esta población tan vulnerable. También, cuántos PPL han atendido ustedes.

He notado una contradicción. El doctor Recalde decía que los internos son tratados igual que cualquier otro ciudadano, pero al mismo tiempo no hay suficientes medicamentos. Entonces, ¿cómo es el asunto? SAI-PPL es un servicio de ASSE. ¿ASSE no tiene medicamentos?

El de la salud mental es un problema grande. Me consta porque yo recorro las cárceles, y lo sé.

En la cárcel de mujeres, la Unidad N° 5, una mamá me llamó con desesperación porque su hija, que tenía un problema muy severo, no era atendida y estaba próxima al suicidio. Esto lo conversamos acá cuando vino el director del INR.

En un determinado momento, cuando la chica estaba muy mal, logran que un psiquiatra la atienda por Zoom -lo tengo acá por si quieren constatarlo- y le dejan las pastillas para tomar allí. No se sabe si las tomó o no las tomó. ¿Cuál es el resguardo que hacen ustedes como médicos de esos enfermos?

Por ahora, esas son mis preguntas.

SEÑORA MATO (Verónica).- Primero que nada, quisiera saludar a la delegación y decirle al doctor Recalde que no es un problema hablar mucho, al contrario. Les agradecemos el desarrollo que han tenido todos sobre el tema pues precisamente para eso los invitamos.

Esta Comisión ha estado muy preocupada en cuanto al índice, al incremento de las muertes en custodia que se han dado, tanto por situaciones violentas como por muerte natural; hubo un gran incremento el año pasado con respecto a este tema. Fue así que recibimos a la Cátedra de Medicina Forense, al INR -específicamente sobre ese tema-, y nos faltaba el SAI-PPL. Esta Comisión ha recorrido los distintos establecimientos y también algunos los hemos recorrido de forma individual.

Frente a esta situación de las muertes en custodia se sabe que el Estado es responsable de estas personas privadas de libertad. O sea que, de alguna forma, el Estado es responsable de garantizar la vida de las personas privadas de libertad. Entonces, en ese sentido y también escuchándolos a ustedes nos surgen distintas preguntas y preocupaciones. En primer lugar, en cuanto a lo presupuestal: ustedes nos contaban las situaciones que tenían en cuanto a los recursos y los proyectos que intentaban hacer. Ahora tenemos que pensar que tenemos 14.502 -algunos dicen 14.511- y va en aumento; tenemos que pensar que en 2024 vamos a tener casi 20.000 personas de libertad. Hay una situación de hacinamiento de las cárceles que ya ha superado el 135 %,

incluyendo las enfermedades; esto hace que todo el sistema de salud, en ese sentido, se vea impactado. Además, debemos pensar que es una población joven. Entonces, resulta extraño que haya tantas muertes naturales en personas de esa edad. A su vez, se dan específicamente en algunos casos en el Comcar, porque es el lugar que tiene mayor cantidad de población carcelaria.

Nos preguntamos en cuanto a los recursos que se tienen, pensando en este aumento que se prevé de cantidad de personas de libertad, si existirá un incremento para SAI-PPL de acuerdo a la previsión. Entonces, uno piensa también en la necesidad de contar con más recursos, con más médicos, con más especialistas. Además, nos preguntamos con qué tipo de especialistas cuenta SAI-PPL para garantizar la vida de las personas privadas de libertad, porque el hacinamiento genera más situaciones de violencia y eso, a su vez, genera más situaciones vinculadas a la vida.

También se dan casos de desnutrición y debido a que hay violencia en las cárceles, me gustaría saber cómo se tratan estas situaciones y cómo se trabaja eso por parte del Estado; eso es fundamental. Por eso fue que quisimos que concurriera SAI-PPL a informar sobre esta situación; una de las propulsoras -por así decirlo- para que viniera a informar de esta situación SAI-PPL fue la señora diputada Lucía Etcheverry; creo que es bueno nombrarlo porque hoy no está presente.

En definitiva, me gustaría saber si en la órbita presupuestal hay algún refuerzo previsto sobre este impacto y cómo lo ven ustedes.

Por otro lado, con respecto a la salud mental -sobre lo que bien preguntaba la señora legisladora Barrera-, ustedes dijeron que en el Comcar se estaban administrando los medicamentos por boca. Mi pregunta es con cuánto personal cuentan, porque es bastante difícil dar por boca esa medicación. Entonces, se necesita personal. Pensando en cosas que hemos escuchado, en distintas comisiones con distintas delegaciones, en las cuales se nos ha dicho que hay una persona cada mil personas privadas de libertad, consulto cómo y con qué personal se cuenta, realmente, para realizar esa tarea de dar medicación en boca.

Ustedes hablaron de las adicciones. Sabemos que es una gran dificultad en las cárceles; algunas personas llegan con esas adicciones y otras, en la propia cárcel, a partir de las situaciones de encierro, generan esa adicción. Además, dijeron: "Tenemos una dificultad y para resolver eso, con la cantidad de personas y el poco presupuesto que tenemos, creamos estrategias". Nos dijeron que es poco y que, de alguna forma, les está costando solucionar esto, por lo que nos gustaría saber a qué tipo de estrategias se refieren y cómo llegan a ellas.

Tengo una consulta con respecto a la Unidad N° 9 -capaz que ya está solucionado; nosotros el año pasado y el anterior estuvimos en dicha unidad-, hay una policlínica que funciona y tiene médico de familia, algo que es vital, pero una de las dificultades que se daba es que no está todo el día, sino hasta las seis de la tarde.

(Diálogos)

—Sé que no era veinticuatro horas. Entonces, una de las cosas que nos planteaban las privadas de libertad con respecto a la salud de sus hijos es que si tenían algún problema esos niños -que son unos cuantos- que el Estado también tiene en custodia -o sea que el Estado debe garantizar la salud de esos niños y niñas-, los tenían que trasladar hasta la policlínica de la Unidad N° 5. Quisiera saber si ese tema ha sido solucionado de alguna forma, porque eso, en la noche o en algunos momentos, podría generar determinadas situaciones inconvenientes en las que estuviera en peligro la vida de los niños. A su vez, se daban determinados disturbios en la cárcel.

Esas eran las consultas.

SEÑORA LIBSCHITZ SUÁREZ (Margarita).- Primero que nada, quisiera agradecerles por toda la información que han traído; me parece muy interesante. Tenía pocas preguntas, pero la intervención de la delegación hizo que me surgieran unas cuantas más.

Puntualmente, a los doctores se les nota bastante comprometidos con la tarea que están haciendo.

Quisiera realizar un comentario nada más: no es estigmatizar, describir las situaciones de la población con la que trabajan; todos acá tenemos muy claro que es una población especial. Como dije en mi primera intervención, viven en aislamiento, en situaciones de hacinamiento. Las personas que, a veces, caen en el delito lo hacen por el consumo de determinadas drogas que son bastante nocivas. Entonces, sí es importante tener muy claro qué padece cada una de las personas privadas de libertad. No es una población cualquiera, es una población que requiere muchísima más atención que otros centros de salud o de otros sistemas sanitarios.

Reitero mi pregunta. El licenciado decía que no es poca plata; cualquier plata sirve, pero en realidad no es que se le asigne más dinero a SAI-PPL. Se asignan \$ 17.000.000 para asistir al sistema sanitario de Canelones y Las Rosas. No es para incrementar el presupuesto que existe.

Tal vez me equivoque -los legisladores y legisladoras de esta comisión pueden corregirme-, pero en el articulado no hay incremento para esta Dirección, es decir, van a contar con el mismo presupuesto, o tal vez con menos del que ya tenían. Por tanto, me gustaría saber si hay una especie de cápita o de ideal de presupuesto por persona privada de libertad. ¿Hay algo ideal para Uruguay o en el mundo para trabajar con esas personas? ¿Alcanzan esos 17 millones solo para estas dos mil y algo de personas? ¿Cuál sería el presupuesto necesario a incrementar para estas 2.100 personas y el resto de la población que atiende ASSE en el sistema de cárceles? Pregunto esto aprovechando que estamos en el proceso de rendición de cuentas. Como siempre se dice: la manta es corta, pero a veces podemos estirla un poquito más. Algunos tienen más posibilidades que otros de hacerlo. Entendiendo que el problema de seguridad de nuestro país también se ataca desde la rehabilitación es importante que el sistema de salud a las personas privadas de libertad sea de alta calidad. Con voluntad no se solucionan esos problemas.

Me gusta ver la pasión con la que hablan los doctores, pero como dije no solo con voluntad es que se resuelven estos problemas.

Por otra parte, con relación a las mujeres embarazadas privadas de libertad, quiero decir que hace poco conversamos con una ONG llamada Gestar, que trabaja en la cárcel N° 9 de Colón. Ellas nos planteaban un trabajo superbuono que hacen acompañando a las mujeres que cursan su embarazo estando privadas de libertad.

Quisiera saber si conocen a esa ONG y qué opinan sobre su trabajo. Ellas planteaban que no están pidiendo dinero al Estado, pero sí más refuerzo en la confianza o en el espacio para trabajar con estas mujeres, ya que criar niños estando privadas de libertad es complicado, porque los niños no cometieron un delito y están pagando por algo que no hicieron. Entonces, la gestación en esa situación es más complicada. ¿Conocen el trabajo de esta ONG? Si no, sería bueno saber qué piensan de esta u otra que trabaje con esta población.

SEÑOR MELÉNDEZ (Lauro).- Quiero dar mi opinión, hacer varias preguntas y plantear algunas dudas.

En primer lugar, quiero decir que, por suerte, veo que se están logrando cosas que ya en el 2019 se empezaron a plantear. Por ejemplo, en las PPP 1 los cargos recién se están consiguiendo. Se había hecho un presupuesto general y sería buena la continuidad de esas políticas proactivas con respecto a la población de personas privadas de libertad. Es imprescindible tener un mínimo básico para poder atender la salud, porque para hacerlo hay que atender la integridad del ser humano privado de libertad.

En segundo lugar, quiero decir que el tema de los caniqueros -que son las personas que entregan medicación en boca- siempre fue una dificultad grande. No tanto, y sí un poco, por los funcionarios de ASSE y del INR, porque ahí se generaba como una cuestión que terminaba con que el medicamento no llegaba a la boca de la persona privada de libertad, sino que aparecía -como en varios sumarios realizados al respecto- en bolsos particulares. ¿Ese sistema de investigación y sumarios se sigue dando? ¿Qué volumen tienen en términos de impacto?

Yo tenía entendido que había un caniquero de mañana y otro de tarde, haciendo la ronda en cada uno de los lugares. Siempre pensamos que eso no alcanza y sería bueno aumentarlo.

Con relación a la telemedicina, me alegro mucho que se pueda hacer. También es una cuestión que se había planteado hace muchos años. Se venía pidiendo desde que se creó la telemedicina en el Uruguay, inclusive, por las dos personas que están acá, que son el director y subdirector.

¿Siguen teniendo las guardias de veinticuatro horas completas? Cuando digo completas, me refiero a que se involucra también al personal de enfermería -el que limpia la enfermería sucia-, porque en un tiempo se dejaban de lado. Ello permite crear un ambiente adecuado para que el médico y el licenciado puedan trabajar. ¿Está eso cubierto en todos los centros? Porque sé que había dificultades, incluso por las faltas para cubrir los equipos y todos los reenganches.

Quiero saber cómo viene la relación de comisión de apoyo, porque recuerdo que se había instaurado que iban a disminuir los contratos por

comisión de apoyo e ir presupuestando a la población que estaba atendiendo a la persona privada de libertad.

Me queda una duda. En 2018, a raíz de un episodio de desnutrición, hicimos un censo de salud. Recuerdo que la doctora Sanabria estaba a la cabeza. Se hicieron todas las investigaciones en las policlínicas de cada módulo y en todos los centros que ASSE atendía. Si eso es lo que ustedes hace poco tiempo plantearon a la prensa para seguir realizando, me gustaría conocer cómo lo van a desarrollar.

El laboratorio que estaba en el Hospital Español era el que realizaba...

(Interrupciones)

—Sí; cerró.

Antes de que cerrara -la doctora Sanabria estaba en eso- se realizó un convenio con la RAP metropolitana, por el cual el laboratorio de la RAP metropolitana atendía a precio de costo todas las necesidades de SAI-PPL. Me preocupa lo que se planteó acerca de que hay un tope. Nunca se había manejado un tope. Quiero saber por qué se hace, si se debe a razones presupuestales o de conflictos gremiales, como sucede por ejemplo en el caso de SAME 105, que no ingresa a las cárceles porque los trabajadores exigen un trato igual al de los funcionarios, pues al entrar en la cárcel tienen un 10 % de complemento presupuestal.

Con relación a los convenios, quiero saber si se mantienen con el INR y aquellas reuniones mensuales, porque recuerdo que había una equiparación del Ministerio del Interior y SAI-PPL en representación de Salud Pública, donde el director de la unidad era equiparado en términos de mando al coordinador o médico referente en cada uno de los lugares. ¿Esto continúa siendo así? Digo porque involucraba los acuerdos con respecto a los traslados, que siempre fueron problemáticos. Inclusive, hay un acuerdo más genérico, que se firmó en el Ministerio del Interior -en el que estaban, entre otros, los trabajadores y el Sindicato Médico del Uruguay-, con respecto a la atención en puerta de entrada.

Si mal no recuerdo, SAI-PPL conduce -cuando se precisa superar el primer nivel de atención- a las puertas del Hospital de Clínicas, del Hospital Maciel, del Hospital Pasteur o del INOT. No recuerdo si había otro centro; creo que en algún momento se pensó en el de San José.

La pregunta es si esas reuniones mensuales se siguen manteniendo. Tenían que ver con mesas de trabajo de drogas, de infancia -por la Unidad N° 9- e, inclusive, de trabajo con la comisión interna de SAI-PPL y con el INR.

Me queda una consulta, que es medio complicada: si siguen asistiendo personalmente a las visitas al centro de Cerro Carancho.

SEÑOR NIFFOURI (Amin).- Quiero agradecer a la delegación por el informe tan detallado de la realidad. Creo que no nos sorprende; no escapa a una realidad en las cárceles que viene sucediendo desde hace mucho tiempo y que, sin duda, nos preocupa y nos ocupa. Obviamente, la solución pasa por tratar de conseguir los recursos necesarios, pero, también, por gestionar bien los que existen. A veces, no solamente es un tema de recursos, sino de

gestión. Un claro ejemplo lo dieron ustedes con el famoso tema de los medicamentos en boca: se redujo considerablemente la necesidad. El problema era que se traficaba mucho con los medicamentos, pero al tomar una medida -eso es gestión-, se solucionó. Quizás al ver el número frío se pueda decir que se está gastando menos en medicamentos, pero lo que sucede es que se logró llevar adelante una buena gestión. Los problemas también pueden solucionarse si se aplica algo de sentido común, como se hizo cuando se trasladó la Dinali del Ministerio del Interior al Ministerio de Desarrollo Social. Esas soluciones son de sentido común, pero lo cierto es que no se tomaron. A veces se toman medidas en este sentido, y está bueno, porque no solo se trata de rehabilitación, de que el privado de libertad, cuando salga, no reincida; estos aspectos también son importantes.

Por otra parte, nos ocupa y nos preocupan las muertes en las cárceles. Ya estuvieron aquí las autoridades del Ministerio del Interior y nos dieron un informe más que pormenorizado al respecto. Esta problemática nos preocupa así haya una sola muerte.

También es cierto que si vamos al porcentaje -es feo hablar de números-, no podemos hablar de aumento o disminución. Las autoridades del Ministerio manifestaron que, en base a las personas privadas de libertad, el porcentaje no ha aumentado. Este año, aparentemente -ojalá sea así-, viene en disminución.

Algo muy bueno es que esta Comisión está actuando de manera proactiva: está realizando un trabajo arduo, mes a mes, con una fuerte recorrida en el territorio. Yo integré la Comisión en el período pasado y creo que en el quinquenio visitamos una solo centro carcelario. Visitarlos es muy bueno, porque nos ayuda a conocer de primera mano las distintas realidades y también, a tratar de pedir recursos y de optimizarlos.

Por ejemplo, esto nos pasó con el famoso tema de las chacras policiales. Pensábamos que estaban sobrepasadas de privados de libertad, pero no es así: tienen capacidad. Lo que sucede es que hay un decreto que está funcionando de mala manera. Así que esta Comisión va a tomar la iniciativa para que se solucione.

Venimos hablando del presupuesto. Desde hace tiempo pregunto dónde cubre Sanidad Policial y dónde, ASSE, pero más allá de eso está el tema del presupuesto, de los números. Está bueno pasar el fardo a ASSE, pero hay que darle recursos. Esos \$ 17.000.000 surgen porque Sanidad Policial le va a trasladar que se haga cargo de esas cárceles. Para que pueda hacerlo, hay que darle recursos. A veces se dice que es ilógico que Sanidad Policial atienda estos casos, y que tendría que hacerlo ASSE. Está bien, pero también hay que hacer el traspaso de recursos al organismo, y a veces no es fácil.

Hace un tiempo, tuvimos un claro ejemplo en este sentido. En Paso Ataques visitamos la chacra policial que atiende Sanidad Policial. Increíblemente, en la puerta, está la policlínica de ASSE. Creo que hay que buscar soluciones en los lugares en los que se dan esas particularidades. Si en Paso Ataques tenemos la policlínica al lado de la chacra y se piensa sacar la cárcel de mujeres del centro de Rivera para llevarla allí, sería bueno buscar la posibilidad de que se haga cargo ASSE y no Sanidad Policial.

Me llamó la atención el planteo sobre SAME 105 y el problema sindical, en el sentido de que no entran a las cárceles. Quisiera saber desde cuándo es que se da eso: ¿es de ahora o desde hace mucho tiempo? Además, sería interesante saber cuánto se gasta en ese traslado tercerizado -a partir de que no se llega a ese acuerdo sindical-, para comparar un poco las cifras, porque capaz que la ecuación da.

Termino aquí mi exposición. Le pido que me disculpe, presidente, porque me he excedido bastante en el uso de la palabra.

En virtud de que tenemos que recibir a otra delegación, que estaba citada a la hora 18 y 30, si la Comisión lo entiende conveniente -no quiero pecar de atrevido-, sugiero que los invitados nos den un pequeño pantallazo, en quince o veinte minutos, de las distintas preguntas que hemos realizado y luego, complementen las respuestas por escrito. Hago este planteo porque la otra delegación hace más de cuarenta minutos que está esperando.

Agradecemos el trabajo que vienen realizando. Cuenten con esta Comisión para actuar proactivamente en la solución de los distintos problemas.

SEÑOR PRESIDENTE.- La citación explicitaba cuál era el tema de la convocatoria, así que sabemos que abarcamos muchos más asuntos con las preguntas de los legisladores. Yo, voy a hacer algunas consultas más. Por eso, creo que sería bueno que nos dieran una respuesta general, medio reducida. Luego, les haremos llegar la versión taquigráfica para que tengan todas las preguntas de los legisladores, y nos manden una respuesta escrita. Creo que esa sería una solución, porque tenemos muchas inquietudes.

Como dije, voy a hacer algunas consultas.

Esto se crea por el artículo 731 de la Ley N° 18.719, rendición de cuentas de 2011. Después, por el artículo 127 de la Ley N° 19.149, también se faculta a Sanidad Policial. El tema es dónde está la obligación. A eso se refiere constantemente en sus informes el Comisionado Parlamentario: a la responsabilidad y a cómo abordar la salud de los privados de libertad.

Entonces, debemos ser claros en esto. Como dice el texto de la ley, es algo progresivo. Quisiera saber si tienen armada una proyección de en qué tiempo podrían ir cubriendo más cárceles, porque el espíritu de la ley apunta a eso. ¿Tienen una proyección, una hoja de ruta al respecto?

También pregunto con cuántos recursos humanos cuentan hoy para atender a la población; si pueden desglosarlos por especialidades, sería muy bueno.

Otro tema que tenemos que ver es el de la jurisprudencia: si es el legislativo, etcétera. Me refiero a cómo arreglar el tema de la historia clínica. Se han hecho varias recomendaciones. Por ejemplo, vale mencionar la del Comisionado, que consiste en implementar un carné de salud penitenciario, en el que figure la historia clínica o, por lo menos, la situación real que está viviendo la persona. O sea: no es necesario que figure su historia clínica completa, sino algunos datos para que, cualquiera sea la asistencia que la aborde o cuando pase de un lugar a otro, tengan una idea de su situación. De esta manera, cuando, por ejemplo, un privado de libertad atendido por Sanidad

Policia! Llegue a un hospital de ASSE, tendrán un panorama mucho mejor de su situaci3n.

Por otra parte, quiero destacar algo que decía el legislador Niffouri. Antes, aclaro que yo ingresé en esta Legislatura.

Resalto el trabajo de esta Comisi3n, que pone mucho empeño y que est1 recorriendo muchos centros penitenciarios, con mucha continuidad.

Adem1s, creo que es bueno realizar estas correcciones y generar consultas y dem1s para que las leyes que est1n vigentes se cumplan. La Comisi3n tiene que estar en actividad para hacer el contralor suficiente y que no queden en *stand by* recursos que deben ser mejor utilizados.

Finalizo aqu3 mi intervenci3n porque no quiero extenderme.

Le pido, por favor, a nuestros invitados que hagan alg1n comentario muy breve -de cinco a siete minutos- sobre las consultas, porque la otra delegaci3n hace m1s de cuarenta minutos que est1 esperando ser recibida.

(Se suspende la toma de la versi3n taquigr1fica)

SEÑORA LIBSCHITZ SUÁREZ (Margarita).- Señor presidente: debido a las dificultades que tenemos para atender a las dos delegaciones, quiero que conste en la versi3n taquigr1fica que la bancada del Frente Amplio est1 por completo en sala y estuvo aqu3 a la hora del inicio de la sesi3n, no as3 el resto de los integrantes de la Comisi3n.

Adem1s, para solucionar esta problem1tica, propongo que la delegaci3n nos mande las respuestas por escrito.

Reitero: quiero que conste en la versi3n taquigr1fica que nosotros estamos en sala desde la hora 17 y 30 y, adem1s, que entendemos que hay una delegaci3n esperando ser recibida.

SEÑOR BACIGALUPE (Rubén).- Se habl3 fuera de la versi3n taquigr1fica sobre un tema que, me parece, no deber3a haber constado en la versi3n taquigr1fica.

Entonces, quiero decir que los legisladores de la coalici3n hemos estado casi todos presentes.

A su vez, seña!o que la Comisi3n empez3 tarde. Yo fui el primero en llegar a sala. Luego, vino -si no me equivoco- el legislador Lauro Meléndez. Después, me retiré, porque no hab3a nadie m1s en sala. De todos modos, me parece que este no es el fondo del asunto.

Entiendo que debemos respetar a las delegaciones que invitamos. Nosotros ya les mandamos la versi3n taquigr1fica de las sesiones y un cuestionario. Después, venimos ac1 y les seguimos aumentando las consultas sobre distintos temas.

Si no nos da el tiempo, lo que tenemos que hacer -ha pasado en otros casos- es empezar a recibir una sola delegaci3n por sesi3n, y que la Comisi3n se reúna m1s de una vez por mes. De esa forma, recibiremos m1s delegaciones.

No podemos hacer esperar a las delegaciones, porque es una falta de respeto. Entiendo la necesidad de hacer preguntas, pero si se puede, est1 bien

que las contesten por escrito. Esto es muy común en todas las comisiones; todos sabemos que es así.

Entonces, me parece que sería bueno que la delegación dé las respuestas que crea necesarias y que las que, quizás, no pueda dar ahora porque tiene que averiguar alguna información, las envíe por escrito. Vuelvo a decir que es muy común en todas las comisiones -en las especiales y en las permanentes- que las respuestas se manden por escrito; nadie nos puede decir que no es así.

SEÑOR MELÉNDEZ (Lauro).- La bancada del Frente Amplio propone pedir a los invitados que hagan una pequeña síntesis de tres minutos y que remitan por escrito las respuestas, en un plazo no mayor a diez días.

(Apoyados)

SEÑOR BALADÁN (Tomás).- Voy a tratar de resumir.

Para la medicación tenemos, más o menos, \$ 950.000 por mes. Nosotros ya hicimos una propuesta -que corre por expediente a través de la gerencia general-, en la que pedimos \$ 3.000.000 por mes para la medicación. No ha habido falta de medicación, pero es indudable que necesitamos más presupuesto.

En relación a la medicación en boca en el Comcar, sí se está dando. ¿Por qué no se daba antes? Porque estaban mal distribuidos los recursos humanos. Había personal de enfermería, que estaba contratado veinticuatro horas en el Comcar, por ejemplo, solo para preparar psicofármacos, a pesar de haber un auxiliar de farmacia. Así que tenemos tres auxiliares de farmacia en Comcar y el enfermero de veinticuatro horas pasó para la asistencia. Además, tenemos dos enfermeros en emergencia, tres enfermeros en forma diaria -durante doce horas dan la medicación en los módulos; da dos turnos de doce horas: de 8 a 20 o de 7 a 19 horas-, el enfermero de policlínica, y el enfermero que realiza extracciones.

¿Si la plata da? No es lo óptimo, indudablemente. Capaz que necesitamos más recursos. Por ahora, con lo que tenemos, estamos tratando de reorganizar y de mejorar la calidad. No somos lo mejor, pero tratamos de brindar la mejor calidad de atención, optimizando el recurso humano que tenemos.

SEÑOR RECALDE (Wilfredo).- Yo creo que ustedes, como legisladores, tienen que acompañar las recomendaciones internacionales respecto a las cárceles.

No estoy poniendo en tela de juicio cómo se construyen o cómo se designan. Lo que digo es que las cárceles deben tener un número más reducido de personas, tienen que estar insertas en la comunidad y tienen que estar basadas en la reinserción, más allá de la rehabilitación. Es decir que deberíamos seguir un poquito más lo que indican las recomendaciones internacionales.

Estamos teniendo un aumento de la población. Son 14.510 las personas que están bajo nuestra cobertura. Entonces, sí, no damos abasto. Y cada vez aumentamos más la población.

Sí es necesario responder preguntas. ¿Precisamos más gente? Sí, precisamos. Si queremos acompañar cambios o modelos asistenciales, necesitamos recursos materiales y humanos y, sobre todo, acompañar las recomendaciones de los que saben, que son los organismos internacionales.

Gracias.

SEÑORA SANABRIA (Teresa).- Quiero contestar al legislador que preguntaba por el SAME 105. Hace más de diez años que esta emergencia no entra a las cárceles. El problema gremial es que no tienen el incentivo del PPL. Entonces, uno podría llevar el PPL hasta la puerta del establecimiento y ellos, lo llevan en la ambulancia. Reitero: hay que llevar a la persona hasta la puerta del establecimiento.

Por otra parte, gastamos alrededor de \$ 7.000.000 en traslados privados debido, entre otras cosas, a este problema.

Hay un asunto que nos preocupa y mucho; nos gustaría, si se puede, reunirnos algún día con el IRN, frente a frente, cara a cara. Voy a dar un ejemplo de la problemática: en el mes de junio, treinta y nueve conducciones no salieron de la cárcel de mujeres debido a la falta de custodia. Ese tema es totalmente preocupante y, además, es grave porque, después, los hospitales generales no nos quieren dar nueva fecha ya que no llevamos a las pacientes. Entonces, como decía mi compañero, necesitamos que el INR nos dé el apoyo para poder salir adelante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de la delegación.

Vamos a remitirles la versión taquigráfica para que tengan nuestras preguntas y las puedan contestar por escrito, tal como solicitó la bancada del Frente Amplio.

(Se retira de sala la delegación del Sistema de Atención Integral de Personas Privadas de Libertad, SAI-PPL)

(Ingresa a sala una delegación del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional, Inefop)

—Damos la bienvenida a una delegación del Instituto Nacional de Empleo y Formación (Inefop).

Antes que nada, les pedimos mil disculpas por los cincuenta y cinco minutos de atraso en recibirlos. Les agradecemos muchísimo su paciencia y la voluntad para comparecer aquí en el día de hoy.

De acuerdo con la invitación enviada, nos gustaría que, primero, hicieran una presentación general. Luego, los legisladores harán una ronda de preguntas.

SEÑOR DARSCHT (Pablo).- Gracias por la invitación.

Soy director general del Inefop. Me acompaña el economista Pablo Puppo, director por la OPP. Le voy a ceder el uso de la palabra ya que es él quien más se ha encargado del tema que nos convoca y ha preparado un informe para la Comisión.

SEÑOR PUPPO (Pablo).- La convocatoria era para hablar, básicamente, sobre la evolución.

Yo hice un raconto de todos los convenios que ha habido entre el Inefop y el INR desde 2016 hasta 2021, fecha del último.

Me voy a referir al último convenio, pero si ustedes quieren, puedo hablar de cada uno de ellos; también puedo señalar el estado del convenio.

El último convenio entre el Inefop y el INR es del 5 de octubre de 2021, y es para varias unidades. Se financia con fondos de Rentas Generales -que nosotros llamamos Fondos MEF-, que surgen del artículo 18 de la Ley N° 19.689.

Tiene que ver con cursos en Puntas de Rieles, Santiago Vázquez, Colón, Canelones, Rivera, Maldonado y Salto. Además, en el marco de las demandas institucionales de capacitación, en varias unidades tenemos cursos con el Cocap (Consejo de Capacitación Profesional) y la UTU, básicamente, de galletería y panadería.

Ahora, me voy a referir al estado actual.

Comienzo por Punta de Rieles. Curso de muros, aberturas y revoques: hay un grupo; se está coordinando la visita. Curso de carpintería: es una acreditación; se está coordinando la visita. Curso de peluquería masculina: tiene diez acreditaciones; se está coordinando la visita.

En Libertad, hay un curso de galletería sin inicio previsto. En el de panadería hay un grupo, que está en condiciones de iniciar, y ya fue visitado.

Paso al Polo de Santiago Vázquez. Albañilería: un grupo que ya está iniciado. Carpintería inicial: un grupo iniciado. Obra seca: un grupo iniciado. Jardinería: un grupo visitado y en coordinación de inicio. Carpintería inicial, otras acreditaciones: está visitado y hay que coordinar. Panadería: un grupo visitado, y sin inicio previsto.

Me referiré a la Unidad N° 5, de Colón. Multioficios: un grupo iniciado. Galletería: un grupo iniciado.

Unidad N° 6, Punta de Rieles. Carpintería inicial: iniciado. Panadería: un grupo iniciado.

Unidad N° 7, Canelones. Multioficios: un grupo visitado en coordinación de inicio.

Unidad N° 12, de Rivera. Herrería: se está coordinando visita; galletería: un grupo, se está coordinando visita; multioficios: un grupo, se está coordinando visita; obra seca: un grupo, se está coordinando visita.

Unidad N° 16, en Paysandú. Galletería: un grupo, se está coordinando visita.

Durazno. Galletería y panadería: se está coordinando la visita.

Unidad N° 19, Florida. Galletería y panadería: un grupo, se está coordinando visita.

Unidad N° 20, de Salto. Multioficios -básicamente construcción y electricidad-: en coordinación de visita; albañilería: en coordinación de visita; galletería: en coordinación de visita.

Unidad N° 26, de Tacuarembó. Panadería y galletería: coordinando visita.

Esa es la oferta que tenemos disponible en este momento para los privados de libertad en convenio con el INR.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le damos las gracias.

No sé si quieren agregar algo más.

SEÑOR PUPPO (Pablo).- No, pero estoy a las órdenes para responder lo que quieran preguntar.

SEÑOR DARSCHT (Pablo).- Para que quede más claro: la coordinación de visitas a la que se refiere cada uno de los cursos tiene que ver con el proceso lógico de ver si en cada uno de los establecimientos están las condiciones físicas adecuadas como para impartir la capacitación solicitada. Ese es un proceso que se requiere por la naturaleza especial de este tipo de capacitaciones.

Simplemente, quería agregar eso.

SEÑORA BARRERA MALRECHAUFFE (Graciela).- Es un enorme placer que estén acá. Disculpen que se atrasó mucho la visita anterior.

Por lo que usted nos estaba diciendo, pude ver que en realidad hay muy pocos iniciados.

Por otro lado, me interesaría saber cuáles convenios de los que ustedes tenían han continuado y si continúan trabajando en ellos o si se terminaron los convenios y empiezan otros. No sé si me explico.

SEÑORA MATO (Verónica).- Saludo a la delegación.

Cuando hizo la lectura de los convenios que se vienen realizando, "coordinando visitas" eran las palabras que aparecían siempre. Con respecto a lo que después el director aclaró sobre la adecuación del espacio físico, una de las cosas que manifestaba una delegación de trabajadores penitenciarios que vino recientemente a esta instancia de rendición de cuentas era que, por el hacinamiento que se da en las cárceles, en algunos lugares no se cuenta con el espacio físico para realizar actividades; hay mucha avidez de las personas privadas de libertad y no hay espacios para que se puedan realizar esas actividades. Mi consulta tiene que ver con cuánto tiempo les está llevando la coordinación de visitas en los distintos casos, porque eso va de la mano con esto que nos trasmitían. No poder coordinar esas visitas tiene que ver con no contar con el espacio adecuado; quiero saber si tienen una respuesta por parte del INR en cuanto al tiempo que va a llevar contar con ese espacio adecuado.

Otra consulta tiene que ver con la acreditación de saberes, que es una gran preocupación. Aquí mismo, las autoridades del INR y también las personas privadas de libertad, en oportunidad en que fuimos a hacer una visita, manifestaron la importancia de contar con acreditación de saberes. En ese sentido, queremos saber si Inefop está brindando acreditación de saberes en los distintos cursos que está realizando.

SEÑOR MELÉNDEZ (Lauro).- Buenas tardes.

Muchas gracias por venir.

Tengo algunas preguntas concretas. Tú mencionaste algunas veces construcción y electricidad. Quería saber si dentro de construcción y electricidad entran también la herrería y la soldadura, que son las dos salidas laborales más importantes en la actualidad debido al auge de la construcción y de los emprendimientos que hay en el país.

También quiero consultar cuál es el porcentaje del monto global que tiene Inefop para funcionar que se destina a las tareas con el INR.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a hacer un par de consultas en base a mi entendimiento.

En la citación que les enviamos mencionamos la capacitación y el empleo. Más allá de la capacitación, me gustaría saber si hay algún tipo de registro de cuántas fuentes laborales se han podido generar para las personas privadas de libertad una vez que quedaron libres, después de las capacitaciones que han tenido con el Inefop.

Por otra parte, quisiera saber cómo están distinguidos los certificados de capacitación y si tienen alguna diferencia con cualquier otro certificado del Inefop por haberse hecho dentro del sistema penitenciario; esto lo pregunto por el tema de la estigmatización de las personas.

SEÑOR DARSCHT (Pablo).- Efectivamente, hay un porcentaje importante de actividades que están en esa fase de coordinación. Ahí los tiempos son determinados más bien por la lógica de cada uno de los establecimientos, no se puede hacer centralmente; se está retomando la actividad luego de un período donde no era posible, por la pandemia, ingresar a las cárceles.

En general, los convenios anteriores estaban todos vencidos cuando ingresó esta administración. En algún caso se hizo alguna prórroga para no dejar sin cobertura, pero justo en ese momento ya no se pudo ingresar a las cárceles para hacer capacitaciones; lo lógico fue pasar en limpio y empezar con nuevos convenios.

La acreditación de saberes para nosotros es un objetivo muy importante porque, por un lado, valoriza los saberes que las personas tienen en el momento en el que se encuentran con esta oportunidad de formación. Si bien tienen una lógica distinta, no se hace una acreditación documental, sino todo un proceso de evaluación de las personas en el trabajo, etcétera. Por eso digo que no se trata de una cuestión burocrática donde uno pueda, directamente, tomar cierto documento y, en base a ello, expedir otro; es justamente en base a la evaluación de competencias en Uruguay Certifica, que es la entidad que agrupa diferentes organizaciones del Estado, que se determina y se da fe ante la sociedad de que esa persona tiene determinadas competencias que cuentan después, a la hora de buscar trabajo. El presupuesto actual destinado a esto es de \$ 12.000.000. En realidad, la restricción no es presupuestal. Si tuviéramos mayor capacidad operativa -no del Instituto, insisto, sino de todo el sistema, porque acá interactúan distintas entidades e instituciones-, el presupuesto sería mayor, porque no está ahí la restricción.

SEÑOR PUPPO (Pablo).- Se preguntó cuánto tiempo nos lleva coordinar visitas; los contratos son por un año. Ahí juega un poco la lógica de Inefop, porque las visitas en el interior las hacen los técnicos y nosotros tenemos un técnico; por eso nos lleva un poquito más de tiempo.

Quiero aclarar que tenemos acreditación de saberes en carpintería, en peluquería masculina y en carpintería inicial.

Con respecto a si construcción y electricidad están dentro de herrería, no; construcción y electricidad es una cosa, multioficios es construcción y electricidad y soldadura es otra. En este convenio que tenemos no hay cursos de soldadura; hubo inicialmente, pero ahora no quedó, y herrería quedó en la Unidad N° 12, de Rivera.

No tenemos información sobre la cantidad de puestos de empleo, y los certificados son de UTU y de Cocap. Desconozco si los certificados tienen algo que diga Instituto Nacional de Rehabilitación o el módulo, pero no deberían tenerlo.

Quiero comentar -porque esto a veces pasa- que entre los desafíos que tenemos están la innovación y la mejora. En 2020 utilizamos una experiencia que tuvimos con Cocap, básicamente en carpintería de aluminio, para hacer lo que denominamos como "un espacio de articulación entre aula empresa", que es donde se pueden formar tutores y aprendices. Uno de los grandes problemas que encontramos -que aparece en la evaluación del sistema carcelario que se hizo en 2018- es que a veces faltan referentes. Entonces, podemos utilizar algunos privados de libertad como referentes; podemos acreditarlos y transformarlos en tutores para que, de esa manera, puedan multiplicar los espacios formativos. Inefop puede ir una, dos y las veces que sea necesario, pero hay gente que queda ahí y ya puede estar replicando lo mismo que está haciendo Inefop.

SEÑORA MATO (Verónica).- Quiero saber si el tipo de cursos que brinda Inefop -por la pregunta que realizaba el señor diputado Sodano y la repuesta que dieron ustedes con respecto al empleo- tienen que ver con la demanda que hace el Instituto Nacional de Rehabilitación o si hay una asistencia técnica de Inefop en cuanto a cuáles podrían llegar a ser las salidas laborales de las personas privadas de libertad; sabemos que se deben generar aptitudes y conocimientos para su reinserción por las dificultades que tienen para encontrar trabajo. En ese sentido, este proceso es importante.

Queremos saber si Inefop realiza una asistencia técnica con respecto a esto. Ustedes nombraron algunas; quiero saber si sienten que faltan otras. Pregunto esto pensando en lo que hemos conversado en otras instancias, en otras comisiones, sobre el trabajo del futuro y el futuro del trabajo.

Gracias.

SEÑOR MELÉNDEZ (Lauro).- Voy a hacer una ampliación de mi pregunta inicial a partir de la respuesta de Inefop.

Cuando se habló de tutores, imaginé que eran empresas que permitían hacer prácticas y después podían contratar la mano de obra, pero a propósito de tutores, ¿no podría pensarse en un modelo de esa naturaleza empezando por el polo industrial?

Por otra parte, sigo con el tema de herrería y soldadura, porque en una cárcel lo principal es soldar barrotes y hacer puertas, y quizás esto podría aumentar los peculios de los privados de libertad.

SEÑOR PRESIDENTE.- También quiero agregar una pregunta en la misma línea de lo que preguntó la seora diputada Verónica Mato.

Quiero saber si los cursos se hacen con las herramientas que se encuentran dentro de las cárceles, con los recursos de que dispone cada edificio, o si se determinan por una demanda del mercado que pueda ser una opción laboral. Está bien el mecanismo de reducir la pena por estudio, pero para mí no hay que darle solo ese enfoque. Está bien que estudien para reducir la pena, pero lo más importante es la reinserción social y laboral.

Entonces, pregunto si se hacen estudios de demanda de mercado para ver las opciones que se van insertando dentro del sistema penitenciario para las capacitaciones.

Pregunto lo mismo con respecto al tutor en cuanto a la preparación de personas para que puedan continuar mejorando esa capacitación que se le da al privado de libertad. Como se habla de herrería, también se puede hablar de chapa, de mecánica, de carpintería, que es otro oficio dentro del sistema penitenciario con el que se hacen muchas cosas a partir de las donaciones de *pallet* y madera. Pregunto si hay algún otro tipo de capacitación porque hay algunas cárceles -como por ejemplo la Unidad N° 5 de mujeres- en las que agarraron unos salones que se habían incendiado e hicieron salones educativos. A través del Plan de Dignidad Carcelaria también se han mejorado partes edilicias para brindar mejores niveles educativos.

En base a eso va mi consulta. Quiero saber si los cursos se hacen con las herramientas que existen dentro del sistema o por una demanda de mercado.

Otra de las cosas que me gustaría preguntar -ya que no tenemos cómo saber si lo laboral es realmente una herramienta- es si tienen un promedio, desde el último convenio, de cuántos privados de libertad se han recibido o han tenido alguna distinción de parte de Inefop.

SEÑOR PUPPO (Pablo).- Demanda de mercado, no; esto es a demanda del Instituto Nacional de Rehabilitación y basado en las posibilidades que tienen entre el trabajo y lo que básicamente eligen los privados de libertad.

Inefop no realiza ningún tipo de consultoría, pero intenta que el Instituto Nacional de Rehabilitación se acople a los objetivos estratégicos. Uno de los objetivos estratégicos que tenemos, de acuerdo a la misión y visión que hicimos para este quinquenio, es la digitalización. Por lo tanto, ya tenemos, con el aval del INR, algún pedido para empezar algún piloto en la Unidad N° 17 de Campanero.

Eso seguramente nos ayude a poner a disponibilidad de los privados de libertad algunos programas que son el buque insignia de Inefop, como por ejemplo habilidades digitales para la empleabilidad, que damos con Microsoft.

(Diálogos)

—Sí; es posible hacer esto. De hecho, surgió en Cocap. Primero iba a ser herrería y soldadura y después vimos que iba a ser más fácil hacerlo con carpintería de aluminio y lo hicimos con carpintería de aluminio. Hoy lo estamos aplicando con galletería. Fue un piloto que hicimos en medio de la pandemia y las tutorías son la primera escalada que podemos hacer.

SEÑOR DARSCHT (Pablo).- Quería comentar sobre las demandas de mercado y cómo nos paramos frente a ese tema, porque no quisiera que se pensara que el Instituto no mira la realidad del mercado cuando ofrece capacitaciones. En esta porción de beneficiarios del Instituto hay una serie de restricciones muy fuertes que operan y hacen que terminemos ofreciendo aquellas capacitaciones que se pueden realizar de común acuerdo con cada centro.

Tenemos al menos dos tipos de restricciones; probablemente cuando las enumere sean más de dos.

Una de ellas tiene que ver con que determinadas capacitaciones requieren determinadas infraestructuras. Con los problemas de escasez locativa -por decirlo de alguna manera- que ustedes mencionaban y todos conocemos, incluso el pensar en generar esos espacios no es una decisión que se pueda tomar de un día para el otro, y en todo caso el Instituto solo puede eventualmente sugerir. El espectro de capacitaciones está limitado por ese lado.

Otra limitación que tenemos tiene que ver con que la capacitación -esto vale en general para la población que atendemos, no solo para los PPL- es obviamente un incremento de competencias a partir de una base. Como todos sabemos, las personas privadas de libertad, en su inmensa mayoría, muy probablemente no culminaron el ciclo secundario, y en otros casos ni siquiera el primario. Inclusive, hay muchos casos con problemas de lectoescritura, etcétera, lo que restringe el abanico de posibilidades de formación.

Nosotros estamos trabajando activamente con el INR para explorar posibilidades de avanzar en la incorporación de lo digital en el conjunto de ofertas formativas, sobre todo a un nivel muy bajo. Ahí hay cuestiones inherentes a la reclusión en cuanto al acceso a internet, etcétera, que nos han puesto dificultades adicionales para ofrecer capacitaciones. En cualquier otra circunstancia, simplemente tendríamos que ponernos de acuerdo en que la gente se registre y eventualmente conseguir una computadora para que pueda acceder, pero si trasladamos esto a un entorno de reclusión, empiezan a aparecer otros problemas que escapan a nuestra capacidad de resolución de problemas, cuya gestión pasa por lados que obviamente no tienen nada que ver con la capacitación en sí, sino con cuestiones de seguridad. Esa es la dificultad que tiene.

No obstante, en este momento estamos preparando experiencias piloto en la Unidad N° 17 en Campanero, vinculadas a brindar capacitaciones virtuales en Excel básico, asesor de marketing, ventas y atención al cliente. Si nosotros logramos articular con el INR mecanismos que permitan un acceso fluido a toda la propuesta que hoy el Instituto tiene en forma virtual, esta herramienta se multiplica por muchísimo y se personaliza absolutamente en cuanto a la capacidad de cada persona para ver qué es lo que se le puede brindar.

Hoy el Instituto tiene una rica oferta de posibilidades de capacitación autoadministradas básicamente a través del convenio que hicimos con Coursera. Ahí hay más de 8.000 cursos que están disponibles para cualquiera que obtenga una licencia y el Instituto da licencias; el problema es que, obviamente, hay que conectarse a internet. Además, buena parte de las

propuestas de capacitación del Instituto hoy son enteramente a distancia, incluso cuando son sincrónicas.

De hecho, el 70 % de la capacitación que dio el Instituto en el país el año pasado fue a distancia o incluso autoadministrada. Obviamente, en ese momento estaba el problema de que hasta agosto esa era la única forma de hacerlo. Este año esperamos que no sea el 70 %, sino la mitad.

SEÑOR PUPPO (Pablo).- La inserción laboral de las personas liberadas es bastante compleja.

Nosotros hemos logrado, como paso intermedio, espejar los cursos que se hacen en contexto de encierro con contexto de liberación. Por ejemplo, el convenio que firmamos con Dinali incorpora galletería y panadería básica y también lo tiene con el INR; entonces, podemos hacer una especie de trayectoria entre el preegreso -si es esa la palabra- con el egreso, una vez liberados.

Hicimos lo mismo con el convenio que tenemos con Focap (Fondo de Capacitación de la Construcción). La idea es tener, de acá a fin de año, doscientas cincuenta personas liberadas capacitadas. Si por lo menos podemos, en convenio con Dinali, espejar los cursos que damos en el preegreso con los cursos que estamos dando cuando la persona está liberada, estaremos por lo menos un poco más cerca de ofrecer una trayectoria o algo parecido para las personas privadas de libertad que recuperan su libertad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación.

A modo de aclaración: hice la consulta sobre la demanda de mercado laboral y las herramientas por la realidad de la población que está dentro del sistema, que bien la conocemos. Sabemos el nivel educativo con el que cuenta la población que está privada de libertad, en su mayoría y en su entorno. La consulta la hice porque hay que hacer un estudio más profundo.

Sabemos que no es una cuestión de culpa, sino de buscar las mejores herramientas para tener mejores resultados.

Agradecemos a la delegación su comparecencia en la Comisión.

(Se retira de sala la delegación del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional, Inefop)

—Si hay acuerdo por parte de los integrantes de la Comisión, en la próxima sesión, el jueves 1° de setiembre, invitaremos -a través de Secretaría- solamente a la OSLA (Oficina de Supervisión de Libertad Asistida). Se trata de una delegación bastante intensa, por lo que creo que para ese día es suficiente con esa única convocatoria.

(Apoyados)

—El motivo de la convocatoria es que nos presente un informe sobre la situación de la población que atiende, ya que tienen dieciocho mil quinientas personas, creo que con una herramienta, en recursos humanos, de noventa personas. Que nos hagan un informe completo y prolijo de la situación que estamos viviendo.

El viernes 12 de agosto nos trasladamos al departamento de San José, ex Penal de Libertad, Centro Juan Soler, y necesitamos saber quiénes son los

miembros de la Comisión que van a ir con vehículo propio y quiénes con vehículo de la institución, a los efectos de hacer la solicitud correspondiente.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—No habiendo otros asuntos que tratar, se levanta la sesión.

(Es la hora 20 y 8)