

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Ariel Santoro

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ECONÓMICO-SANITARIO EN LA ASISTENCIA DE PRIMER NIVEL DEL SERVICIO PENITENCIARIO EN UNIDAD DE NEUQUÉN

2017



Citar como: Santoro, A. (2017). Análisis de la situación económico-sanitario en la asistencia de primer nivel del servicio penitenciario en unidad de Neuquén. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/Abstract.-	Pag. 3
1. Introducción.	Pag. 5
2. Planteamiento del Problema.	Pag. 7
Definición de Objetivos (General y Específicos)	
3. Desarrollo.	Pag. 8
Identificación del problema y alternativas de solución	
A. Análisis de involucrados	
B. Análisis del problema	Pag. 10
C. Análisis de objetivos	Pag. 15
D. Identificación de alternativas de solución al Problema.	
4. Conclusiones.	Pag. 19
5. Bibliografía.	Pag. 22
6. Anexos.	Pag. 25

Resumen

Se analiza en el trabajo la situación actual de la asistencia sanitaria en prisión, con las peculiaridades que resultan del modelo de atención vigente y de la naturaleza de la relación de los usuarios con la Administración Penitenciaria y las salidas a Hospitales extramuro por falta de complejidad en la atención primaria.

Las carencias del sistema y la desigualdad de trato con los pacientes libres se evidencian en el examen de las distintas prestaciones sanitarias, incidiéndose en el tratamiento de ciertas enfermedades, y la relacionada con la salud y su vinculación con lesiones físicas por agresiones en gresca o autoinfligidas con los costos de realizarlo extramuros y lo que implica la utilización de personal que debería abocarse a una función diferente.

De todo ello resulta la urgencia de dar cumplimiento al mandato legal de integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema de Salud y la necesidad de un compromiso decidido en la tutela judicial efectiva del derecho a la salud de los internos en un contexto de resguardo de la población y de calidad de atención como eje integral.

Para ello se evaluó el gasto en relación a la necesidad de atención con el movimiento del interno para acceder no solo a un estudio o a la asistencia por especialista con los costos de logística implementados para dicho acto resultando en un mayor costo.

Para ello se planteó un árbol de problemas / objetivos – estrategia para graficar y simplificar el proceso.

Si bien la gratuidad de los estudios en el hospital hace a que pareciera menos costosa la logística así como el acceso invierten en la ecuación redundando, en no solo un acceso deficitario, sino en un riesgo de integridad física por la falta del recurso humano que debe cubrir puestos de control y resguardo.

Este trabajo servirá como línea de base y como inicio de un proceso que permitirá contar con información oportuna y de calidad para que las decisiones sanitarias que se tomaran a futuro se basen en un menor costo operacional con un mejor acceso al sistema de salud.

Abstract.

The current situation of health care in prison is analyzed in the work, with the peculiarities that result from the current care model and the nature of the relationship of the users with the Penitentiary Administration and the outings to extramural hospitals due to lack of complexity in primary care.

The shortcomings of the system and the inequality of treatment with free patients are evidenced in the examination of the different health services, with an emphasis on the treatment of certain diseases, and that related to health and its connection with physical injuries due to aggressions in brawls or self-inflicted with the costs of doing it outside the walls and what implies the use of personnel that should be devoted to one function being in another.

All this results in the urgency of complying with the legal mandate of integration of the penitentiary health system in the Health System and the need for a firm commitment in the effective judicial protection of the right to health of the inmates in a context of safeguarding the population and quality of care as an integral axis. To this end, the expense was evaluated in relation to the need for attention with the inmate's movement to access not only a study or assistance by a specialist with the logistics costs implemented for said act resulting in excessive cost. To do this, a problem / objective tree was raised - a strategy to graph and simplify the process.

Although the free studies in the hospital make it seem less expensive the logistics as well as the access invert the equation resulting in not only a deficit access but in a risk of physical integrity due to the lack of human resources that must cover positions of control and shelter.

This work will serve as a baseline and as the beginning of a process that will allow us to have timely and quality information so that the health decisions that we must make in the future are based on a lower operational cost with better access to a health system.

Palabras-Clave: Atención Primaria – Traslado – derivación Hospital extramuro – Costo.

1. INTRODUCCIÓN.

El Servicio Penitenciario (SP) comprende 37 establecimientos de los cuales 27 son establecimientos penitenciarios y 10 son alcaldías (alojamiento temporario). Tiene bajo su cuidado a 11.353 personas aproximadamente, 91% varones y 9% mujeres. Cifras que aumentaron desde el comienzo del Gobierno Actual.

Las unidades se dividían en cárceles para procesados (las más numerosas y situadas en el área metropolitana), cárceles para condenados, (de máxima o mediana seguridad, establecimientos semiabiertos y abiertos), establecimientos para jóvenes adultos y establecimientos asistenciales especializados (psiquiátrico para hombres y para mujeres, de enfermedades infecciosas y centro de tratamientos especializados para jóvenes adultos). Hoy con la polivalencia de las unidades se encuentran mezclados internos condenados y procesados.

Dentro del personal perteneciente a la fuerza se cuenta con 734 trabajadores de la salud, entre profesionales y auxiliares. Dentro de esta cifra, 241 son médicos con dedicación no menor a 25 horas semanales y 247 enfermeros cada 10.000 personas privadas de libertad. Todos perciben remuneración con la modalidad pago por salario.

Según la fuente citada, para la población general, en el año 2004 había 32,10 médicos y 3,80 enfermeros cada 10.000 habitantes. Esto quiere decir que, dentro del Servicio Penitenciario, la proporción de médicos por habitante es 7,60 veces mayor a la del medio libre, y la de enfermeros 63,10 y si bien no hay estadísticas actuales se infiere que no es diferente la proporción en la actualidad.

El sistema sanitario dentro del Sistema Penitenciario está organizado en divisiones o secciones por unidad penitenciaria. También existen unidades como Complejos que poseen Hospitales Penitenciarios Centrales aptos para absorber la demanda de mediana complejidad. En los casos de alta complejidad se deriva al paciente a un hospital extramuros del sistema público, de modo de proveer una atención médica de mayor complejidad.

Las autoridades penitenciarias están legalmente obligadas a garantizar la misma calidad de salud que al resto de los ciudadanos como lo establecen los tratados y pactos internacionales como la Convención de las Naciones Unidas. Sin embargo, en los hechos, la mayoría de los sistemas penitenciarios tienen deficiencias para garantizar un derecho universal de salud a las personas privadas de la libertad.

Sobre este aspecto más de la mitad de la población ha utilizado alguna vez el servicio médico de la cárcel.

Las enfermedades prevalentes como tuberculosis, problemas en la columna vertebral, hernias, y complicaciones dentales son menos reportadas. Las mas frecuentes son las relacionadas con las vías respiratorias y el aparato digestivo. Cabe destacar, que no existen diferencias en tipo de enfermedades frecuentes entre los sistemas carcelarios.

En cuanto a la frecuencia con que se enferman los internos, seis de cada diez reducos en Argentina han padecido alguna enfermedad en el último año, en su mayoría han tenido patologías pulmonares y digestivas.

El 44% de los que fueron atendidos calificaron al servicio entre bueno y muy bueno. Argentina se destaca porque más de la mitad (54,3%) de los detenidos aseguraron que los medicamentos fueron proporcionados por el centro penal y/o el Ministerio de salud.(1)

Respecto al uso de drogas dentro de la cárcel, el 83,7% niega haber consumido alguna sustancia durante el último mes. Esto puede deberse al contexto de encierro que limita o dificulta el acceso inmediato a las drogas. Otra razón probable es que los presidiarios encuestados sospecharan que asentar haber consumido sustancias prohibidas puede interpretarse como autoincriminación frente a un desconocido, y por lo tanto niegan tal conducta. Sin embargo, cuando se consultó "si había visto consumir drogas" a otros reclusos, más de la mitad (51,6%) confirmó que sí lo había observado. Entre aquellos que reconocieron haber consumido drogas en el contexto de encierro, el 60% reveló que usa marihuana. Al indagar acerca de quienes introducen las drogas al penal un 30% se negó a responder, otros mencionaron familiares (44%) y personal del penal (25%).

En resumen, un 37% de los internos creció en entornos con alcohol y/o drogas. El consumo de estas sustancias aumenta entre los más jóvenes, siendo las más frecuentes el alcohol y la marihuana. Tres de cada diez detenidos cometió el delito bajo los efectos de droga y/o alcohol. Un bajo porcentaje (16%) reconoció que consume drogas dentro del penal, asimismo más de la mitad de los presos entrevistados vieron consumir a otros.

En la Argentina, a diferencia de los otros países estudiados, el 40% indicó que quienes ingresan drogas al penal son los familiares. (2)

El 21,35% de los detenidos en el Servicio Penitenciario son extranjeros

El SP contaba a fines de 2016 con 2.342 extranjeros en sus cárceles en todo el país; 1.584 de esos internos están procesados y 758 tienen una condena. Ninguno de ellos es considerado inimputable. Un 52% de ellos estudia alguna actividad educativa dentro del Servicio: 899 presos del total tiene educación primaria completa.

El 64,8% de los presos del país no trabajan, el 78,2% no se capacitan y un 65% no estudian. En cambio, viven en condiciones miserables que son el caldo de cultivo para la formación de delincuentes más peligrosos.

La mayoría de los presos del país, que fueron detenidos en general en situación de flagrancia por delitos de mediana gravedad y que en muchos casos son muy jóvenes (24% de ellos tiene entre 18 y 24 años según el informe 2013 publicado por el Ministerio de Justicia), entran a la prisión con poca experiencia delictiva y salen con verdaderas maestrías en violencia, crimen organizado y nuevos contacto con redes delictivas.

La falta de estadísticas sobre traslados desde unidades para atención como de los costos de atención en relación a la asistencia pública genera que no se puedan hacer comparativos, ya que solo se enumera cantidad de traslados y estudios sin más que la enumeración de los mismos, careciendo de información para comparativa de costos.

(1) según un informe realizado por la Universidad de tres de Febrero del año 2015 – en el cual se entrevistaron internos para establecer nivel de atención y calidad de atención en las cárceles sean bonaerenses y/o federales

(2) Universidad de tres de febrero "Condiciones de vida en la cárcel: Resultados de la encuesta de detenidos condenados" Estudios empíricos sobre Seguridad y Justicia Informe Nro. 2- Diciembre 2015

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA A ABORDAR.

- Que costo económico y sanitario presenta la atención actual extramuro en relación a la que se podría realizar dentro del ámbito carcelario en la unidad de Neuquén.

Objetivo General:

Analizar la situación económico –sanitaria en la asistencia de primer nivel del Servicio Penitenciario en unidad de Neuquén en el primer semestre del 2017.

Objetivos Específicos:

- Calcular el gasto que afronta el Servicio penitenciario por atención extramuro
- Calcular el costo de mecanismos de atención intramuros en relación a las prestaciones y la atención.

3. DESARROLLO.

Se contemplan etapas, que se desarrollan paso a paso:

- Identificación del problema y alternativas de solución, en la que se analizara la situación existente en el servicio penitenciario para crear una visión de la situación deseada y seleccionar las estrategias que se aplicarán para conseguirla. La idea central consiste en generar un diseño para resolver el problema planteado y así responder a sus necesidades e intereses.

Para ello se plantearan cuatro tipos de análisis para realizar:

- el análisis de involucrados,
- el análisis de problemas (imagen de la realidad),
- el análisis de objetivos (imagen del futuro y de una situación mejor) y
- el análisis de estrategias (diferentes alternativas en respuesta a esta situación precisa).

Identificación del problema y alternativas de solución

El Sistema de Salud está dado por una participación de la sanidad penitenciaria, los retos planteados por el aumento de población penitenciaria y la aparición de nuevas enfermedades transmisibles llevaron a establecer un modelo mixto, quedando para Instituciones Penitenciarias la atención primaria, con medios propios o ajenos concertados, y la especializada en el Sistema Público, formalizándose entre dichas administraciones convenios de colaboración.

El proceso nace con la percepción de una situación problemática y la motivación para solucionarla. Dicha percepción o necesidad es determinar la situación de distintos ámbitos, algunos son:

- Necesidad de disminuir los traslados a Hospital extramuro
- Necesidad de un mejor aprovechamiento del recurso humano
- Mejorar las prestaciones brindadas así como el acceso a las mismas
- Condiciones de atención deficitarias detectadas en el ámbito carcelario.
- Disminuir los riesgos al personal
- Optimizar el gasto en salud en la relación costo real y prestación

Es importante llevar a cabo un análisis estructurado de la situación existente.

A. Análisis de involucrados

La unidad a analizar cuenta con un total de 198 internos de máxima seguridad, el hospital zonal se encuentra a 8 cuadras de distancia aprox. Y el servicio medico cuenta con 4 profesionales (3 clínicos y 1 traumatólogo), que perciben un sueldo de 37 mil pesos de promedio, 6 enfermeros con un sueldo de 30 mil pesos promedio – de lo que cabe aclarar, que dependiendo el grado y los años de servicio este sueldo de modalidad de pago por salario se podría incrementar considerablemente.

Marco legal en la práctica penitenciaria

El trabajador de la salud que se desempeña en establecimientos penitenciarios tiene un rol fundamentalmente asistencial pero, de hecho, muchas veces cumple un rol pericial, de asesoramiento técnico a las autoridades que así lo soliciten, dando cuenta

de situaciones especiales por las que atraviesa una persona privada de su libertad con relación a procesos de salud-enfermedad-atención.

Esta situación contemplada, en el Protocolo de Estambul de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2004), se establece que: "Los médicos de las prisiones son en primer lugar proveedores de tratamiento, pero tienen asimismo la función de examinar a los detenidos que llegan a la prisión tras la custodia policial.

Los médicos deben tomar en consideración cuáles son los mejores intereses del paciente y su deber de confidencialidad frente a esa persona, pero existen también fuertes argumentos morales para que el médico denuncie la evidencia de malos tratos, ya que con frecuencia los propios presos son incapaces de hacerlo efectivamente. Cuando los presos están de acuerdo en la revelación, no existe ningún conflicto y hay una evidente obligación moral. Pero si el recluso se niega a permitir que se revele el hecho, el médico debe ponderar el riesgo y el peligro potencial para ese paciente concreto contra los beneficios que para la población penitenciaria en general y para los intereses de la sociedad puede reportar el prevenir que se perpetúen esos abusos."

De la misma manera, el Protocolo establece algunos principios orientadores para los médicos con doble obligación:

- Asegurarse de que el paciente comprenda la situación en caso en que actúen en nombre de un tercero (institución).
- Negarse a seguir cualquier procedimiento que pueda dañar física o psicológicamente al paciente, incluso a situaciones en las que pueda dejarse vulnerable al paciente a posibles daños.
- Asegurar la confidencialidad de los datos médicos.
- Asegurarse de que toda persona detenida tenga acceso a la salud, tratamientos, exámenes o procedimientos que necesite.
- Denunciar hechos en los que se actúe en contra de la ética profesional.
- No verse obligado, incluso por la ley, a actuar de una manera reñida con la ética profesional.

En 1999, la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Argentina fue convocada por el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud de la Nación para pensar la situación de salud de las personas que viven y trabajan en las unidades del Servicio Penitenciario.

Un gran porcentaje de la población privada de la libertad proviene de áreas marginales, cuyas condiciones están enmarcadas en una cultura caracterizada por la pobreza, el desempleo, la violencia, las adicciones, y la inasistencia sanitaria.

En este universo tan complejo, la protección de la salud física y mental de los alojados adquiere una mayor relevancia, aunque la vida en prisión potencie su vulnerabilidad, especialmente porque la propia Constitución Nacional en su artículo 18 establece que las Cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas.

La creación de un entorno saludable en las prisiones, como una necesidad para la persona privadas de libertad, así como para el personal que trabaja en ellas, será el eje central de la discusión, en tanto se debe considerar que el Estado debe, por un lado, garantizar a la persona privada de su libertad su integridad física y psíquica.

Infraestructura:

La unidad esta provista de 1 consultorio que lo usa no solo el medico sino que el psicólogo, un consultorio de odontología y un shock room muy precario y con poco

espacio que hace las veces de consultorio de ser necesario. Tiene buena provisión de medicamentos, no así de descartables.

Como aparatología una esterilizadora, electrocardiógrafo, tubos de oxígeno, laringoscopio, estetoscopios con tensiómetros, oxímetro, otoscopio, no posee cajas de sutura ni descartables para sutura.

Los estudios de laboratorio se realizan en el hospital zonal o extramuros realizándose la extracción de sangre en la unidad. Los estudios de imágenes se realizan solicitando turnos previos, así mismo, como los turnos de especialistas.

B. Análisis del problema

La realidad muestra una cantidad ilimitada de factores que inciden de manera negativa en la salud integral de estas personas. Las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, a veces difíciles de controlar, facilita el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas. Además, es conocido que la presencia de hechos de violencia, de conductas adictivas y de riesgo de enfermedades de transmisión sexual son elementos intrínsecos de la vida en prisión, constituyendo una amenaza constante para la calidad de vida de las personas detenidas.

Las carencias que resultan del modelo prestacional y de las peculiaridades del perfil sanitario del sistema, y las carencias acrecentadas por la actual situación de crisis económica, determinan que la falta de programas y planificaciones de cada una de las unidades en materia sanitaria generen salidas a hospital extramuro sin que ello implique la necesidad sanitaria de las mismas.

La Unidad de Neuquén presenta capacidad para 198 internos / plazas, de esta población testigo **239 internos fueron llevados al hospital extramuros para su atención por guardia de los cuales solo 5 internos fueron urgencias que se debían resolver en una mayor complejidad y 4 internos de esos 5 quedaron internados.**

Un total de 87 internos se realizaron radiografías convencionales y solo 10 fueron conducidos al hospital extramuros para realizarse ecografía.

Se realizaron 1176 interconsultas en hospitales extramuro sean estas por guardia o por consultorio por patologías que podrían haberse resuelto como lo indica el cuadro del anexo si se hubiera contado con los recursos intra unidad.

Un elevado porcentaje de los internos tienen problemas de drogodependencia, y, en general, han padecido situaciones de exclusión social lo que conlleva a que la falta de empatía, tolerancia y la misma convivencia genero un total de 52 lesionados que no fueron por accidente laboral y de estos 42 fueron por riña dentro de los pabellones de alojamiento.

En relación a estos 42 internos presentaron lesiones cutáneas o por trauma que determinaron su traslado para ser suturados o realizarle radiografías.

Un 19% de los presos afirma haber recibido golpes por riña con otros internos.

Si cada movimiento de un interno a una simple consulta o estudio programado conlleva la movilización de un enfermero y personal de requisa que varia de 3 agentes sumados a un chofer (total de 5 efectivos) y que si a ello, se le agrega peligrosidad del interno o la posibilidad de fuga o rescate

del mismo, un grupo de apoyo que consiste en otro móvil con 3 agentes y un chofer (4 efectivos mas), agregado a la comisión ya existente.

Un enfermero gana promedio 30 mil pesos, un oficial 32 mil y un agente 27 mil en relación al personal que acompaña a cada interno en una salida y partiendo que en una comisión promedio iría un enfermero , un oficial, un chofer y 2 agentes de custodia en cada salida para un día de traslado por turno el costo ascendería a \$5660 - calculado para una salida de un interno con escaso peligro de fuga ya que de no ser así la cifra aumentaría con el móvil de apoyo para esa salida.

Cada personal de requisita cubre turnos de 12 hrs , los enfermeros de 24 hrs y los médicos de 25 hrs semanales con guardias pasivas a demanda.

Este tipo de salidas no solo generan que disminuya la cantidad de efectivos en ese turno en la unidad sino que aumenta el índice de peligrosidad por falta de personal.

Además de los problemas prestacionales, la incoordinación de lo sanitario en la organización administrativa penitenciaria genera disfunciones en la relación médico-paciente, que pueden comprometer el Código de Ética principios fundamentales del mismo de independencia, autonomía y confidencialidad. A la "alianza terapéutica" clásica se superponen elementos propios del medio penitenciario en que se produce, generando una relación sui generis que roza la praxis médica, en virtud de la integridad del galeno durante la consulta así como la utilización de elementos que puedan comprometer la misma hasta la falta de elementos o de asistencia para su atención que puede devenir en agresiones o denuncias judiciales.

Erróneamente se piensa que en libertad, se presentaría más posibilidades de asistencia que los percibidos en las unidades, es todo lo contrario ya sea en virtud de turnos mas próximos o sea por gestión del mismo por Servicio penitenciario o interposición de recurso a través del juzgado interviniente (efecto) a lo cual se generara una atención con bajo tiempo de espera.

Los constantes traslados hacen imposible no solo la detección de patología sino que también el seguimiento y la asistencia principalmente la asistencia especializada. Así mismo, es uno de los principales obstáculos en la continuidad de los tratamientos al momento de un traslado inter-unidades y, sobre todo, a la hora de la obtención de la libertad - carencia de información médica resumida y actualizada de manera anticipada a la necesidad de su uso.

No existe un protocolo en relación a los traslados a hospital extramuros, que debe prever el caso de pérdida de la cita no imputable al interno para así no iniciar de nuevo la lista de espera, concediéndose una nueva cita de forma inmediata , lo que hace que la tarea en un sistema colapsado sea cuasi imposible.

La falta de una historia clínica informatizada en red en el ámbito asistencial, hace necesario que se habiliten protocolos adecuados de coordinación, que respeten la normativa sanitaria, dando acceso a los médicos a las bases de datos de historias clínicas para mejorar su calidad, cuestión que no ocurre, realizándose resúmenes incompletos e Historias clínicas que no se correlacionan en parte o en el todo con la realidad sanitaria del interno.

La imposibilidad de acceder en condiciones de igualdad en la atención especializada por razones, como la falta de coordinación o la negativa de las fuerzas de custodia

para trasladar internos (falta de móvil de traslado o por que se prioriza los traslado para comparendo ante estrados judiciales anteponiendo a aquellos de naturaleza medica) hace que la desatención sea especialmente significativa, y mas en el ámbito psiquiátrico, reduciéndose la asistencia, en mera prescripción farmacológica en muchas ocasiones.

A menudo la pregunta es cual debe ser el nivel del cuidado de la salud. La disponibilidad real puede ser insuficiente y el acceso a ellos (por ejemplo, por razones financieras) puede ser malo. ¿Debe entonces el servicio médico de las instituciones penales ser mejor que en la comunidad externa?

En el ámbito privado es electiva por parte del galeno la atención siendo extremadamente baja la cantidad de consultas que se realizan en virtud que no hay profesionales que deseen bloquear su consultorio por un tiempo no estipulado para la atención de estos internos y que es literalmente invadido por el paciente y por el personal de custodia del mismo.

Manutención de la persona detenida

Los datos de la población carcelaria demuestran cuanto dinero requiere cada detenido. Por cada mes un interno le cuesta al estado \$ 100 mil pesos.

Esta cifra surge del presupuesto total con el que cuenta el Servicio Penitenciario que es de \$ 13.500 millones. Si se divide el presupuesto general por la cantidad de internos alojados en el Servicio Penitenciario (11.353 personas), la cifra es superior a los \$99 mil x mes(*)

Para evaluar los costos en que incurre el Estado, se calculan primero los gastos de mantener en la cárcel a las personas detenidas sin condena. Básicamente, estos gastos surgen de la sumatoria del presupuesto del Servicio Penitenciario y de los recursos adicionales que reciben para el área de Salud y de Educación de los respectivos Ministerios. Asimismo, se incluyen en este rubro los gastos de la Procuración Penitenciaria de la Nación, institución pública creada en el ámbito del Poder Legislativo nacional.

Es posible calcular no sólo el gasto corriente, sino los gastos que reciben por convenios con otros ministerios para la atención de la Salud y la Educación, según datos provistos por la Dirección Nacional del Sistema Penitenciario. Es decir, se incluyen salarios de los custodios, alimentos, medicinas, indumentaria, uniformes, energía eléctrica, combustibles y, además, las labores educativas y los gastos para retrovirales, vacunas, profilácticos, anticonceptivos, contratación de médicos/as, infectólogos/as, psiquiatras y psicólogos/as. Esta cifra alcanza los 456,7 millones de pesos al año. De acuerdo con los supuestos mencionados, el costo diario por persona detenida (con o sin prisión preventiva) se estima en 130 pesos que fluctúa entre 121 pesos y 134 pesos dependiendo del número de detenidos/as y del costo diario por cada uno de ellos. (Datos del 2006).

(*) Costo por interno gasto del Servicio Penitenciario Federal – Realizado por la Universidad 3 de febrero datos de 2014. Elaboración de CIPPEC sobre la base de datos del Servicio Penitenciario Federal y del Presupuesto Nacional.

	Supuestos seleccionados	Minimo	Maximo
Costo diario por persona detenida	\$130	\$ 121	\$134
Costo anual por persona detenida	\$47.317	\$ 44.183	\$ 49.067
Costo diario nacional			
Costo por persona detenida por duración de detención	\$34.483	\$ 484	\$ 46.110
Costo anual total	\$256.645.059	\$ 226.879.858	\$ 281.745.393

Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de datos del Servicio Penitenciario Federal y del Presupuesto Nacional.

Costos por falta de atención médica.

	Supuestos seleccionados	Mínimo	Máximo
Promedio individual de pérdida de la vida debido a enfermedad (años)	0,09431		
Promedio individual de pérdida de la vida debido a enfermedad (días)	0,00026		
Costo individual diario por muerte temprana	241,62		
Costo individual anual por muerte temprana	\$ 88.191,92		
Costo diario nacional por enfermedad	\$ 338 63	\$320 59	\$358,49
Costo anual por enfermedad	\$123.601,2	\$117.015,5	\$130.847 7

A este indicador se lo multiplica por el costo de la muerte temprana (*).

El costo por enfermedad para todas las personas encerradas sin condena es de 338,6 pesos por día, alcanzando un costo anual de 123.600 pesos.

Para calcular el costo esperado de las enfermedades adquiridas en prisión, nos basamos en el indicador AVISAS (o APVP –años potenciales de vida perdida-) que ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y corresponde a los años de vida perdidos por enfermedades, discapacidad o muerte. No se contemplan casos por homicidios y suicidios, estimamos que cada persona detenida, en promedio, será privada de 0,0943 años de vida por enfermedades, esto es 0,0002583 AVISAS por día.

(*) costo de la muerte temprana se obtiene con base en la edad promedio de la población en las cárceles, calculando los años de vida laboral que le quedarían si no hubiesen muerto y la estimación del salario promedio obtenido, descontando los salarios futuros. Se toma una tasa de ajuste de 10,2 por pérdida de productividad, tomado como promedio del coeficiente de variación salarial del INDEC en 2006 y la tasa de descuento por productividad de 3% cada 5 años. De esta manera, se estiman los salarios que se dejan de recibir por la cantidad de años que no recibe ingresos – Realizado por la Universidad 3 de febrero

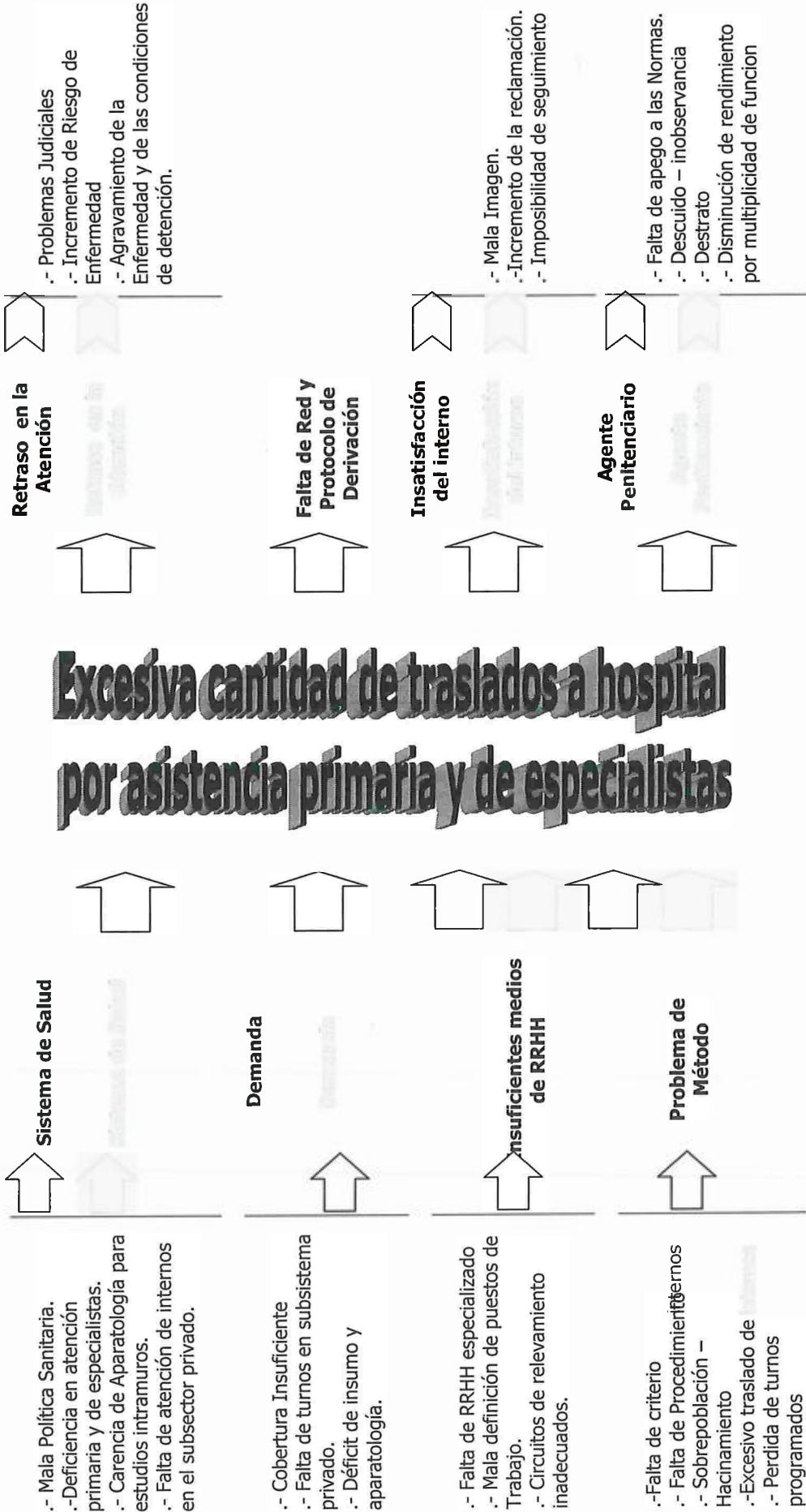
EFFECTOS SECUNDARIOS

EFFECTOS

PROBLEMA

CAUSAS

CAUSAS PREVIAS



C. Análisis de objetivos

El análisis de los objetivos permite describir la situación futura a la que se desea llegar una vez se han resuelto los problemas. Una visión global y clara de la situación positiva que se desea alcanzar.

La propia Administración Penitenciaria adaptará el principio de equivalencia de cuidados a la singularidad del medio penitenciario, diseñando una cartera de servicios propia, como umbral de cuidados mínimos exigibles a la Administración en relación a la de la población general – de lo cual por una mayor vulnerabilidad y niveles de salud sensiblemente más precarios la asistencia debe ser similar a la del medio libre –

Los establecimientos penitenciarios son de gran importancia dentro de las estructuras sanitarias públicas dado que permiten descubrir y tratar problemas de salud en personas en las que los dispositivos sanitarios de la comunidad abierta llegan deficientemente, lo que muchas veces deriva en un diagnóstico tardío para las dolencias padecidas intramuros.

Es prioridad brindar una respuesta eficaz a los problemas de salud localizados en esta población ya que la mayoría de estas personas, cuando recuperan su libertad, acuden rara vez o nunca a los recursos sanitarios públicos tradicionales.

La tarea de los equipos de salud de los centros penitenciarios será la de garantizar un nivel de salud en las personas privadas de libertad equivalente al de las personas en libertad pertenecientes a la comunidad en la que se encuentra la prisión. Para esto, además de la voluntad de los profesionales de la sanidad penitenciaria, será preciso el compromiso de las autoridades responsables.

El gobierno tiene responsabilidad total por las personas encarceladas que se encuentran bajo su total autoridad. No es tolerable que el encarcelamiento agregue enfermedad y sufrimiento sea físico o mental al castigo. Por lo tanto, la salud es primera responsabilidad primordial. La responsabilidad es incluso mayor, ya que la situación de encarcelamiento en mayor o menor medida es dañina para la salud física y mental de las personas.

La salud física y mental de los presos no es sólo responsabilidad del gobierno sino que también de todos los involucrados en el trato de los presos.

El seguimiento del adecuado traspaso del ámbito de contención del proceso salud-enfermedad-atención es un aspecto central.

D. Identificación de alternativas de solución al problema

El interno podrá hacer frente a los pagos de la atención en virtud de la ley 24.660 que así lo establece dejando a consideración y cargo del interno la posibilidad de pagar una prestación médica diferente a la ofrecida por el Servicio Penitenciario o en su defecto la misma pero realizada por un profesional por el elegido. Esto dependerá del dictamen médico en un caso y momento concreto con autorización del juzgado interviniente.

El poder desarrollar convenios de las administraciones de la unidad con profesionales para que fueran los especialistas médicos los que se desplazasen al Penal y con ello reforzar el derecho a la salud y el acceso a las especialidades médicas en virtud de la

escasa oferta de especialistas en el ámbito público y lo difícil del acceso a un turno, generarían un cambio en el paradigma actual y una baja de coste.

Dentro de la población penitenciaria, los profesionales de la salud tienen una oportunidad ideal para promoverla. Todo hábito insalubre, como ser el consumo de tabaco (más del 70% de las personas privadas de libertad fuman), o el consumo peligroso de bebidas alcohólicas caseras, puede responder a las intervenciones preventivas. Fomentar estilos de vida más saludables y promover el ejercicio y dieta saludable es parte del trabajo del personal de salud penitenciaria.

Historia clínica informatizada para gestión en salud

La confección de la historia clínica y su vuelco inmediato al sistema de información es vital para planificar tanto la continuidad de tratamientos intramuros como la gestión de turnos en hospitales externos, una vez alcanzada la libertad, a través de Salud Pública.

Control Periódico de Salud (CPS)

El CPS es uno de los pilares de la Atención Primaria (AP) y sólo mediante su implementación rutinaria y masiva se puede lograr un cuidado integral de la salud y la detección temprana de las enfermedades. Las personas alojadas en las instituciones penitenciarias no solo poseen los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellos que no lo están, sino que además se ven incrementados por el contexto de encierro y la falta de libertad que favorecen el sedentarismo, la privación afectiva, el riesgo epidemiológico propio de una comunidad cerrada y medio ambiente hostil, entre otros factores críticos.

Se debe realizar de manera obligatoria al menos un control periódico completo de salud por año a todas las personas privadas de libertad y a todos los ingresantes, dentro de los 30 días del ingreso con el fin de cuidar la salud, prevenir enfermedades, detectar pacientes de riesgo, enfermedades asintomáticas.

La atención como control periódico de salud utilizado para identificar y atender las necesidades de salud orientadas por la edad se establece como pautas para ordenar los exámenes de salud en función de las necesidades y oferta de recursos para las personas que ingresan a los establecimientos penitenciarios y en función a cuatro cohortes de carácter etáreo: de 18 a 21 años, de 21 a 50 años, de 50 a 65 años, y mayores de 65 años. La organización de los controles de salud tendrá, entonces, particular ahínco en prevalencia para cada grupo etáreo.

Selección de la alternativa óptima

Se seleccionará una alternativa que se aplicará para alcanzar los objetivos deseados de asistencia. Se determina en función de los objetivos las alternativas para cumplir con el propósito y los fines. La estrategia, factible en términos económicos, técnicos, legales y ambientales, sino también pertinente, eficiente y eficaz.

¿Por qué será importante para los beneficiarios y el servicio penitenciario?

Este Fin que se propondrá es una descripción de la solución a problemas. El fin planteado representa un objetivo de desarrollo que generalmente obedece a políticas de desarrollo, es decir, impacto a largo plazo y en que contribuirá lo que se aportará.

Diversos proyectos o medidas pueden contribuir a la solución de problemas que han sido identificados, pero es improbable que un proyecto, en sí mismo, resuelva todos los traslados.

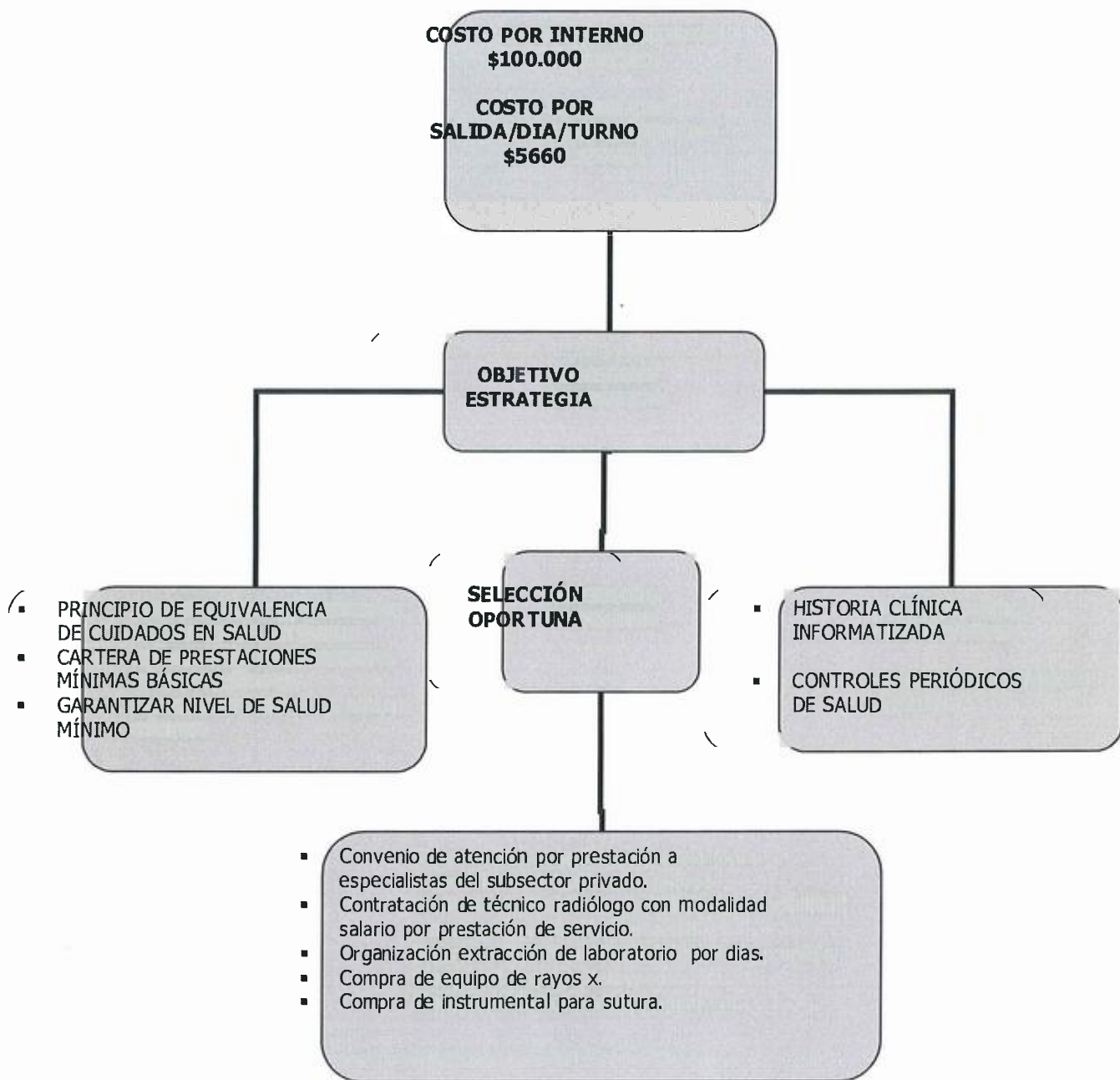
Realización de laboratorios distribuidos en 2 días martes y jueves quedando solo un día para la realización de exámenes de laboratorio para contacto íntimo como HIV - VDRL con la realización de un listado, en virtud que la duración de este examen es de 6 meses. Esto optimizará no solo los tiempos de enfermería sino que también organizará los turnos, así como el traslado de muestras al laboratorio del hospital zonal.

Compra de cajas de sutura y descartables para la realización de suturas simples. El costo de dos cajas de sutura es de \$10 mil. Esto evitará traslados y con ello el movimiento de personal tanto de requisa como de enfermería.

Adquisición de un aparato de rayos y la contratación de un radiólogo que realice las mismas sugiriendo modalidad de contratación por prestación. Un aparato de rayos en el mercado de salud tiene un costo de \$ 450 mil siendo este digital. Mientras que el costo en el subsector privado del par radiográfico es de \$ 720 (insumo y recurso humano especializado) de un paciente sin cobertura de salud.

Convenio con especialistas con modalidad por prestación o pago por resultados para así realizar los controles y consultas médicas por especialidades con las que no cuenta la unidad. La consulta de un médico en el subsector privado sin cobertura es de \$ 600 de lo cual el importe de dicho convenio no excederá dicho valor por consulta.

En virtud de los beneficios de costos vertidos serían no solo mucho menores que los de los pacientes sin cobertura y en la cantidad se amortizaría los costos de compra y contratación.



4. CONCLUSIONES

La atención integral de la salud de las personas privadas de su libertad es un deber indelegable que tiene que estar garantizado por el Estado y sus instituciones. El aumento sostenido de la población penitenciaria y el hecho de que los problemas de salud de las personas privadas de su libertad suelen ser de mayor prevalencia que la de la población general, y plantea la necesidad y el desafío de diseñar y establecer estrategias especiales en referencia a los modelos de atención necesarios para llevar a cabo las tareas de atención, prevención y promoción de la salud dentro de los ámbitos penitenciarios.

Los problemas de salud en el SP reflejan y amplifican los problemas presentes en las comunidades en las que se hallan inmersas.

Los cambios demográficos en la población carcelaria van introduciendo cambios significativos en el perfil de edad de la población carcelaria. Sin duda, estas modificaciones traen aparejadas necesidades de cobertura específica que es preciso determinar.

La peculiar posición en relación con la Administración Penitenciaria de los usuarios de la sanidad penitenciaria y la falta de integración de ésta en el Sistema Nacional de Salud generan una situación de desventaja en relación con los enfermos en libertad, en sus prestaciones asistenciales desde el otorgamiento de turnos hasta el acceso a las prestaciones de diagnósticos por imágenes y hasta el acceso a medicación sin costo.

Garantizar los medios personales y materiales para una digna asistencia primaria en prisión debe generar un doble compromiso del interno con su atención, compromiso que jamás tiene y que solo lo antepone como moneda de intercambio y no como camino para una mejor salud. El aporte económico por parte del interno como seguro de asistencia generaría un compromiso con un tratamiento y costo que actualmente afrontar un estado paternalista y que consideramos debería en función de la ley afrontar cada interno del sistema.

Si bien el costo del gasto hospitalario es cero en función de la cobertura del estado en este caso provincial por convenio con el estado Nacional los costos de logística y la lejanía de turnos hacen que el costo sea elevado, como se estableció anteriormente

La unidad a analizar con 198 internos con 4 profesionales con sueldo de 37 mil pesos, 6 enfermeros con un sueldo de 30 mil pesos de modalidad de pago por salario, un agente 27 mil. En una salida una comisión iría un enfermero, un oficial, un chofer y 2 agentes de custodia con un costo por turno de \$5660 - calculado una salida de un interno con escaso peligro de fuga, cifra que aumenta con el móvil de apoyo para esa salida a lo que se sumaría \$2500 mas del costo anterior (\$8160).

La consulta de un médico en el subsector privado sin cobertura es de \$ 600 de lo cual el importe de dicho convenio no excederá dicho valor por consulta.

Un Convenio con especialistas con modalidad por prestación o pago por resultados en las cifras mencionadas y sin mover personal podría generar un mínimo de 10 consultas diarias por especialista o una amortización de la aparatología e instrumental solicitado (aparato de rayos - costo de \$ 450 mil o dos cajas de sutura y descartables para la realización de suturas simples -costo \$10 mil).

Esto evitara traslados, movimiento de personal innecesariamente, aprovechamiento del recurso humano, mejorar las prestaciones y acceso a las mismas, disminuir los riesgos al personal, optimizar el gasto en salud en la relación costo real y prestación

El tratamiento en el ámbito de las personas que padecen enfermedades mentales se ha limitado, fundamentalmente al farmacológico, resultando además un recurso inadecuado, lo que obliga a plantearse si existe una evaluación primaria en función de la detección y diferenciación de las mismas y su posterior tratamiento en el ámbito carcelario ya que no es lo mismo el tratamiento de una psicopatía que el de un débil mental o con retraso quedando el alojamiento a merced de un jefe de turno que en muchas de las veces no presenta experiencia y así la tuviera le es imposible por carecer de conocimientos la distribución y alojamiento dentro de la unidad carcelaria. Debe avanzarse, no obstante, en la configuración de este derecho si no se quiere perpetuar la situación actual de maltrato institucional a un grupo importante de enfermos mentales, que tiene que padecer la insuficiencia de recursos sociosanitarios, permaneciendo ingresados en un dispositivo penitenciario que puede incluso perjudicar su salud.

La igualdad con el resto de los ciudadanos en el régimen de prestación sanitaria debe ser en las mismas condiciones a lo cual, en el caso de existir debería hacerse un estudio por la necesidad y en relación a la patología de los internos. El criterio no sería el orden de petición o el grado en que se generan las demandas en los organismos de control o mismo en la justicia, sino la necesidad desde un punto de vista médico, cuando cumpla los requisitos para poder optar y priorizar según necesidad.

Los establecimientos penitenciarios deben ser centros de difusión de programas y acciones preventivas. La prevención de enfermedades se debe fomentar a través de la capacitación del personal penitenciario, grupos de autoayuda para pacientes, y oferta de pesquisas de carácter voluntario. La promoción de la salud es un componente esencial de la atención en las prisiones.

El poder desarrollar convenios de las administraciones de la unidad con profesionales para que fueran los especialistas médicos los que se desplazasen al Penal y con ello reforzar el derecho a la salud y el acceso a las especialidades médicas en virtud de la escasa oferta de especialistas en el ámbito público y lo difícil del acceso a un turno, generarían un cambio en el paradigma actual y una baja de coste. Si tenemos en cuenta que en el ámbito privado es electiva la elección por parte del galeno de la atención siendo extremadamente baja la cantidad de consultas que se realizan en virtud que no hay profesionales que deseen bloquear el consultorio por un tiempo que no puede ser estipulado para la atención y que es literalmente invadido por el paciente y por el personal de custodia del mismo. El traslado de dicho profesional por una serie de consultas de control genera un beneficio no solo en lo sanitario sino también en lo expeditivo de la consulta sin necesidad de moviendo de internos .

En relación a medicamentos el objetivo de optimizar la administración de recursos e insumos, llevando un control de stock de medicamentos de manera unificada y centralizada, así como una compra apropiada a las necesidades alcanzaría la eficacia esperada para hacer del insumo un bien. Esta trazabilidad de medicamentos no solo disminuiría los costos sino que la logística que es la materia en cuestión y solo la carga sería el escollo a sortear.

La gestión informatizada de las historias clínicas permite garantizar el seguimiento de la atención en distintos centros asistenciales, al tiempo que mejora la transparencia y confidencialidad de cada caso. Por otro lado, hará factible automatizar sistemas de

alarmas y estadísticas que permitan una gestión basada en el conocimiento epidemiológico real de la situación de salud de la población penal

El examen físico, el rastreo de enfermedades de alta prevalencia en etapas presintomáticas, permiten aumentar los estándares de salud y así disminuir significativamente la morbilidad de la población.

El control periódico y sistemático de la salud universal, junto con la educación y el saneamiento del ambiente, es una de las herramientas más valiosas que tienen los sistemas basados en la atención primaria.

5. BIBLIOGRAFÍA.

ARROYO, J. M., (2001) "Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea", Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP), Vol 3, No 2

ARROYO, J. M., feb./nov. 2011 'Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo', *Revista Española de Sanidad Penitenciaria- RESP*, versión impresa ISSN 1575-0620 vol.13 no.3 Barcelona

ABRAMZÓN, MÓNICA C., 2005 "Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004", Organización Panamericana de la Salud, Argentina.. 1a ed. *Organización Panamericana de la Salud*– OPS.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL noviembre de 1991,, "Declaración de Malta", adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial Malta, revisada su redacción por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, septiembre de 1992, revisada por la 57a Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre de 2006.

ASO ESCARIO, J., 1999. Traumatismos Craneales. Aspectos médico-legales y secuelas, Editorial Masson, Barcelona, Ed.: MASSON

BARQUÍN CALDERÓN, MANUEL, 2003. Dirección de hospitales, ed. McGraw-Hill, Edición 7 -

BASILE, 1994. Lesiones, Editorial Universidad, Buenos Aires,

Blumstein A, Cohen J, Roth J, y Visher J, 1986 "Criminal Careers and 'Career Criminals'", ed. National Academy Press, Washington DC

Borda, Rodrigo, 2007 "Sobrepoblación y hacinamiento carcelario. La instrumentación del fallo "Verbitsky" y otras estrategias para solucionar el problema", capítulo 8 - ed siglo XXI Buenos Aires, Argentina.

CHRIS y RAE, DOREEN, 2003. "Prison health A different place for GPs", Australian Family Physician, vol. 32, nº 10,

CHÉRREZ, C., ALÁS R., SANCHIZ, J.R., 2007 "Actividad clínica en la consulta médica a demanda de un Centro Penitenciario frente a la de un Centro de Salud ", RESP, 9: 75-83.

Cohen, Mark A.: 2000. "Measuring the Costs and Benefits of Crime and Justice", National Institute of Justice, Capítulo en Volumen 4 (pp. 263-316)

Comisión de Cárcenes de la Defensoría General de la Nación: 2007. "Informe de la Comisión de Cárcenes de 2007" - ILANUD,

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DE COMPORTAMIENTO, 1978. "Informe Belmont"

Cúneo, Carlos: 1971 - Las cárceles, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires,.

DIRECCION NACIONAL DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL MEMORANDO N° 29/17 (D.S.)

Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal, 2008.: "Informe relacionado a la solicitud efectuada por el CIPPEC", Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Buenos Aires,

Graziano, Florencia, Guemureman, Silvia, Jorolinsky, Karen, López, Ana Laura, Pasin, Julia (septiembre 2009) "Juventud y violencia intramuros. Ser joven al interior de las cárceles bonaerenses argentinas", en Revista Observatorio de Juventud (INJUV) Año 6, n.23 Juventud y Violencia – Chile, Santiago de Chile, Editorial INJUV, pp. 71-81,.

Graziano Florencia, (2009) "Juventud y violencia intramuros. Ser joven al interior de las cárceles bonaerenses argentinas", Observatorio de Adolescentes y jóvenes", Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

Holmes, S. y Sunstein, C. R.: (1999) The Cost of Rights- Why Liberty Depends on Taxes, Nueva York,. Norton

Lawrence, Sara y Mears, Daniel P. agosto de 2004: "Benefit-Cost Analysis of Supermax Prisons: Critical Steps and Considerations", Policy Brief, Urban Institute, Washington, DC, Justice Policy Center, p. 17 .

LEY 17.132, Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades auxiliares.

LEY 26.529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Ministerio de Justicia de los Países Bajos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos - 1998, Manual de Buena Práctica Penitenciaria Reforma Penal Internacional MINISTERIO DE SALUD y MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, 2012 - Plan estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015, Infojus,.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2012 - Dirección Nacional de SIDA y ETS, "Boletín Sobre el VIH-SIDA 2012", Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2012. "Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Datos epidemiológicos".

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, 2004. "Protocolo de Estambul"

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986. "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud", Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud

Organización Panamericana de la Salud ORG Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos Fecha de catalogación: 08-07-03/ coordinado por Celia Wainstein. 1ª ed. Buenos Aires: OPS, 2003 112 p.; 28x20 cm I.S.B.N. 950-710-077-6

ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2009 "Health and nursing care in the criminal justice service RCN guidance for nursing staff", Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, W1G 0RN

SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA, 8 de julio de 1996. Ley 24.660, Ejecución de la pena privativa de la libertad

SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL 2011., "Informe estadístico Dirección de Sanidad, enero-diciembre 2011", Buenos Aires

SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL 2011., "Situación Sanitaria, Informe de Morbilidad 2011", Buenos Aires

SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL, 2011 "Informe Estadístico de Mortalidad 2011", Buenos Aires

Servicio Penitenciario Federal - Julio 2015., "Informe estadísticas y mapas indicadores", Buenos aires, Argentina.

TREZZA, F. C., 2006. La data de la muerte. Las transformaciones cadavéricas, Editorial Dos y Una, Buenos Aires

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - 2009., Handbook on Prisoners with special needs, United Nations publication

UNESCO, 2005. "Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos"

WATSON, ROGER, STIMPSON, ANNE y HOSTICK, TONY, 2004. "Prison health care: a review of the literature", International Journal of Nursing Studies, p 41

6. ANEXOS.

DATOS Y NUMEROS

Las personas alojadas en las instituciones penitenciarias no sólo poseen los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellos que no lo están, sino que además éstos se ven incrementados por el contexto de encierro y la falta de libertad.

La situación epidemiológica y sanitaria muestra indicadores de enfermedad que superan los observados en el país en general. Por ej. en infecciones por el bacilo de la Tuberculosis, los indicadores superan 16 veces la estadística en la población general, 3,90 por mil dentro de Penitenciaría y 0,25 por mil en el medio libre.

En el anexo se incorporan los números de consultas registrados en el primer trimestre del año de nuestra población testigo en una unidad penitenciaria del interior del país.

Estadísticas de la Sección de Psicología – 2017

Estadísticas de la Sección de Psicología – 2017

INDIVIDUALES				Interconsulta Psiquiátrica	Atenciones de Programas y Grupales				TOTAL
Meses	Atenciones	Ingresos	Urgencias		AGA	Resguardo	Promotores	Tercera Edad	
Ene	160	10	3	27	43	32	-	-	275
Feb	158	9	5	-	19	31	-	-	222
Mar	154	12	7	35	50	30	7	-	295
Abr	295	12	2	-	27	16	14	-	366
May	163	11	2	-	50	28	38	-	292
Jun	127	22	6	-	27	30	45	-	257
Jul	125	11	7	20	22	34	29	10	258
Jun	127	22	6	-	27	30	45	-	257
Jul	125	11	7	20	22	34	29	10	258

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE SALUD PARA EL SERVICIO PENITENCIARIO		
2017		
Dirección Nacional de Sanidad		
UNIDAD		
SEMESTRE	1 ro.	AL 30 DE JUNIO
TOTAL DE INTERNOS		AL 30 DE JUNIO
Cantidad de personas con VIH		
VIH	TOTAL	HOMBRES
	22-27 años	1
	40-45 años	1
Cantidad de personas a los que se les midió la (CV)		
		1
		2
VDRL		
	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de internos con positividad de VDRL		0
Cantidad de testeos realizados (VDRL)		106
Gonorrea		
	TOTAL	HOMBRES

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Cantidad de nuevos casos de TBC con basiloscofia + TBC		TOTAL	HOMBRES
Con tratamiento en extramuro u otra unidad		1	
		22	
Personas que se les realizo la reaccion de Mantoux para control de foco Personas incluidas en la vigilancia epidemiologica		52	
Personas que se les realizo RX de torax para control control de foco		52	
		52	
Personas que se les realizo analisis de esputo para control de foco		52	
CPS		TOTAL	HOMBRES
Cantidad de personas mayores a 50 años en la unidad		13	
Guardia Consultas intramuros ambulatorias		TOTAL	HOMBRES
Clinica		1504	
Cirugia		0	
Ortopedia y Traumatologia		0	
Otras		0	
		0	

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

	0	
Patologías metabólicas	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de personas que padecen DBT tipo II	2	
Cantidad de personas con hipotiroidismo	1	
Cantidad de personas con hipertiroidismo	0	
	0	
Patologías cardiovasculares	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de personas que padecen HTA	9	
Cantidad de personas que padecen HTP	0	
Cantidad de personas con enfermedad coronaria	1	
Cantidad de personas con insuficiencia cardíaca	0	
	0	
	0	
Patologías respiratorias	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de personas que padecen EPOC	1	
	1	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Cantidad de personas con enfermedad de VAS	78	
Cantidad de personas que presentaron un sme. gripal en el semestre	45	
	0	
	0	
Patologías digestivas	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de personas que padecen gastroenteritis	18	
Cantidad de personas que padecen dislipemias	9	
Cantidad de personas que presentaron un sme. diarreico semestre	6	
Cantidad de personas que presentaron patologia biliar	4	
Cantidad de personas que presentaron patologia inflamatoria colonica	0	
Cantidad de personas que presentaron colostomia	0	
	0	
	0	
Patologia oncologica	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de personas tratadas con quimioterapia	2	
Patologías ORL	TOTAL	HOMBRES
	11	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Cantidad de personas que padecen otitis	3		SEMESTRE
Cantidad de personas que padecen sinusitis	3		SEMESTRE
Cantidad de personas que padecen otitis	0		
Cantidad de personas que padecen sinusitis	0		
patologías oftalmológicas	TOTAL	HOMBRES	
Cantidad de personas con prescripción de corrección	15		
Cantidad de personas con conjuntivitis/uveitis	0		
Cantidad de personas con glaucoma	0		DURANTE EL SEMESTRE
Cantidad de personas con ceguera de un ojo	0		DURANTE EL SEMESTRE
Cantidad de personas con ceguera de ambos ojos	0		DURANTE EL SEMESTRE
Cantidad de lentes recetados	18		
Cantidad de lentes entregados	18		
Cantidad de lentes entregados	18		
Discapacidades	TOTAL	HOMBRES	DURANTE EL SEMESTRE
Visual	0		DURANTE EL SEMESTRE
Hipoacusia	0		DURANTE EL SEMESTRE
Hipoacusia	0		

Mental

0

Mental	0	
	0	
Cantidad de derivaciones a hospitales extramuro (total):		239
Derivacion a hospitales extramuros en forma programada:		TOTAL
		HOMBRES
Cantidad de derivaciones a traumatología	22	
Cantidad de derivaciones a gastroenterología	2	
Cantidad de derivaciones a cardiología	9	
Cantidad de derivaciones a neumonología	2	
Cantidad de derivaciones a odontología	2	
Cantidad de derivaciones a oftalmología	18	
Cantidad de derivaciones a infectología	28	
Cantidad de derivaciones al alergista	0	
Cantidad de derivaciones a a nestesiologia	0	
Cantidad de derivaciones a ART	32	
Cantidad de derivaciones a Cirugia	8	
Cantidad de derivaciones a Clinica Medica	0	
Cantidad de derivaciones a Clinica Medica	0	

DURANTE EL SEMESTRE

Cantidad de derivaciones a Dermatologia	2	
Cantidad de derivaciones a Ecodoppler	0	
Cantidad de derivaciones a Ecografia	10	
Cantidad de derivaciones a Endocrinologia	0	
Cantidad de derivaciones a Fisiatria	0	
Cantidad de derivaciones a Flebologia	0	
Cantidad de derivaciones a Fonoaudiologia	2	
Cantidad de derivaciones a Hematologia	0	
Cantidad de derivaciones a Hepatologia	0	
Cantidad de derivaciones a Kinesiologia	0	
Cantidad de derivaciones a Laboratorio	0	
Cantidad de derivaciones a Neurologia	2	
Cantidad de derivaciones a Nutricion	0	
Cantidad de derivaciones a Oncologia	0	
Cantidad de derivaciones a Otorrinonaringologia	11	
Cantidad de derivaciones a Proctologia	0	
Cantidad de derivaciones a Psiquiatria	0	

Cantidad de derivaciones a Rahabilitacion	0	
Resonancia Magnetica Nuclear	0	
Cantidad de derivaciones a Reumatologia	0	
Cantidad de derivaciones a RX Convencional	87	
Cantidad de derivaciones a Salud Mental	0	
Tomografia Axial Computada	0	
Cantidad de derivaciones a Urologia	2	
Cantidad de derivaciones a Vascular	0	
Cantidad de derivaciones a VEDA/VEDB	0	
Otras derivaciones	0	
Otras derivaciones	0	

Emergencias / Urgencias Resueltas Intramuros	TOTAL	HOMBRES
Respiratorias	16	
Neurológicas	0	
Oftalmológicas	0	
Oftalmológicas	0	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Metabolicas	42	
Traumatologicas	15	
	0	
	0	
Emergencias / Urgencias Resueltas Extramuros		TOTAL
Respiratorias	3	
Neurológicas/Neuroquirurgicas	0	
Oftalmologicas	0	
Metabolicas	0	
Traumatologicas	5	
	0	
Internaciones Intramuros		TOTAL
Total de camas bloqueadas	0	
Promedio de camas ocupadas en el ultimo semestre	2	
Bloqueadas por razones edilicias	0	
	0	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Bloqueadas por orden judicial	0	
Total de camas bloqueadas por internos sin criterio de internacion	0	
Total de camas bloqueadas por internos con RIF	0	
Total de camas bloqueadas por otros motivos	0	
Ptes internados en clinica Medica	8	
Ptes internados en cirugía	0	
Ptes internados en traumatología	0	
Ptes internados por quemados	0	
	0	
	0	
TOTAL		HOMBRES
Sala de cirugía	2	
Unidad de terapia intensiva	0	
Unidad coronaria	0	
Unidad de quemados	0	
Hospitales de FFAA y FFSS	0	
	0	

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

Promedio de días de internación en

TOTAL

Sala de clínica médica	2	HOMBRES
Sala de cirugía	2	
Unidad de terapia intensiva	0	
Unidad coronaria	0	
Unidad de quemados	0	
Hospitales de FFAA y FFSS	0	
Hospitales de FFAA y FFSS	0	
	0	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Salud Mental	TOTAL	HOMBRES
Cantidad de pacientes que tienen indicado tratamiento psicofarmacológico		
Cantidad de pacientes que, estando bajo algún tratamiento psicofarmacológico, tienen además tratamiento psicológico.	45	
Cantidad de pacientes que están bajo tratamiento Psicológico.	45	
Cantidad de pacientes que hayan protagonizado intento de suicidio	200	
Cantidad de suicidios consumados	0	
Cantidad de pacientes que reciben algún psicofármaco (con tratamiento menor a 30 días)	0	
Cantidad de pacientes que reciben algún psicofármaco (con tratamiento mayor a 30 días)	0	
Cantidad de pacientes que reciben algún psicofármaco (con tratamiento mayor a 30 días)	45	

Cantidad de consultas con psiquiatria	62	
Derivaciones aceptadas por el PROTIN	0	
Derivaciones rechazadas por el PROTIN	0	
Derivaciones aceptadas por el PRISMA	0	
Derivaciones rechazadas por el PRISMA	0	
Psicologia	TOTAL	
Cantidad de pacientes que estan bajo tratamiento Psicologico.		HOMBRES
Cantidad de consultas con psicologia	1707	
Consultas ambulatorias		
Consultas en crisis	25	
AGA	TOTAL	
Cantidad total de integrantes	40	HOMBRES
Programas para agresores sexuales	TOTAL	
Cantidad de pacientes en proceso de admision	7	HOMBRES
Cantidad de pacientes admitidos en el dispositivo	7	
Cantidad de pacientes en tratamiento	7	
	7	

Cantidad de pacientes que abandonaron el tratamiento

Cantidad de pacintes que se fueron en libertad o pase

PPS

TOTAL

Cantidad de integrantes

25

HOMBRES

Cantidad de integrantes con inclusion

0

cantidad de integrantes con seguimiento

25

0

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

Tratamientos farmacologicos

TOTAL

HOMBRES

Cantidad de pacientes tratados con clonazepam

7

Cantidad de pacientes tratados con diazepam

1

DURANTE EL
SEMESTRE

Cantidad de pacientes tratados con bromazepam

0

DURANTE EL
SEMESTRE

Cantidad de pacienetes tratados con lorazepam

0

Cantidad de pacienetes tratados con alplazolam

4

Tratamientos antipsicoticos

TOTAL

Haloperidol

0

HOMBRES

DURANTE EL

DURANTE EL

Levomepromazina	2		SEMESTRE
Clorpromazina	0		SEMESTRE
Tiorinazina	0		
Queteapina	0		
Olanzapina	0		
Risperidona	0		
Tratamientos antepileptico	TOTAL		
Carbamazepina	3	HOMBRES	DURANTE EL SEMESTRE
Acido Valproico	0		
Biperideno	0		DURANTE EL SEMESTRE
Tatamientos antidepresivos	TOTAL		
Fluoxetina	2	HOMBRES	
Paroxetina	1		
sertralina	0		DURANTE EL SEMESTRE
Amitriptilina	0		DURANTE EL SEMESTRE
Prometazina	0		
	0		

SALU BUCAL		TOTAL	HOMBRES
Consultas Cod. 0101		137	
	18-20	0	
	21-49	60	
	50-65	40	
	> 65	37	
		TOTAL	
Urgencias odontologicas, pasos intermedios Cod. 0104		21	HOMBRES
	18-20	0	
	21-49	7	
	50-65	7	
	> 65	7	
		TOTAL	
Capitulo 02			
Operatoria cod. 0201 al 0209 (Incluye todas las obturaciones)		161	HOMBRES
	18-20	0	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

	21-49	69	
	50-65	25	
	> 65	67	
Capitulo 03	TOTAL		
Tratamientos de conducto cod. 0301 al 0306	0		HOMBRES
	18-20	0	
	21-49	0	
	50-65	0	
	> 65	0	
Capitulo 04	TOTAL		
Protesis cod. 0401 (Fijas)	0		HOMBRES
	18-20	0	
	21-49	0	
	50-65	0	
	> 65	0	
Protesis P.P. Removable Parcial cod. 0402	TOTAL		HOMBRES

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE

	18-20	0		
	21-49	7		DURANTE EL SEMESTRE
	50-65	1		
	> 65	0		
Protesis completa cod. 0403		TOTAL		
	18-20	0	HOMBRES	
	21-49	2		DURANTE EL SEMESTRE
	50-65	1		
	> 65	0		
Composturas cod. 0404		TOTAL		
	18-20	0	HOMBRES	
	21-49	6		
	50-65	2		DURANTE EL SEMESTRE
	> 65	0		
Caítulo 05				
Tractectomia y cepillado cod. 0501		TOTAL	HOMBRES	

	18-20	0		
	21-49	10		DURANTE EL SEMESTRE
	50-65	10		
	> 65	14		
Control de placa/enseñanza de cepillado cod. 0504		TOTAL		
	18-20	0	HOMBRES	
	21-49	10		DURANTE EL SEMESTRE
	50-65	10		
	> 65	14		
Selladores cod. 0505		TOTAL		
	18-20	0	HOMBRES	
	21-49	0		
	50-65	0		DURANTE EL SEMESTRE
	> 65	0		
Capítulo 06				
Ortodoncia cod. 0601		TOTAL	HOMBRES	

	18-20	0		
	21-49	0		
	50-65	0		DURANTE EL SEMESTRE
	> 65	0		DURANTE EL SEMESTRE
Capitulo 08		0		
Periodoncia cod. 0801		TOTAL		
	18-21	0	HOMBRES	
	21-50	0		
	50-66	0		DURANTE EL SEMESTRE
	> 66	0		DURANTE EL SEMESTRE
Capitulo 09		0		
Radiologia cod. 09-01-01 / 09-01-05		TOTAL		
	18-22	0	HOMBRES	
	21-51	0		DURANTE EL SEMESTRE
	50-67	0		DURANTE EL SEMESTRE
	> 67	0		DURANTE EL SEMESTRE
		0		

Radiologia **cod. 09-02-01 / 09-02-04**

TOTAL

	18-23	0	HOMBRES
	21-52	0	
	50-68	0	
	> 68	0	
		0	
Nutricion (cantidad de personas)		TOTAL	
Dieta N° 1 Adecuado Gastrico		69	HOMBRES
Dieta N° 2 Hipograso		0	
Dieta N° 3 Para Diabetes		18	
Dieta N° 4 Astringente		12	
Dieta N° 5 Hipocalorico		0	
Dieta N° 6 Adecuado Intestinal		0	
Dieta N° 7 Hiposodico		18	
Dieta para celiacos		0	
Otras		12	
		12	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Racion doble

8

Racion doble	8	
Accidentes laborales	TOTAL	
Cantidad de accidentes laborales	32	HOMBRES
Cantidad de internos que trabajan en la unidad	32	
Cantidad de internos que trabajan en la unidad	0	
Lesiones	TOTAL	
Cantidad total de personas con lesiones	52	HOMBRES
Aquellas que se dan en situación de riña	42	
Aquellas que se dan en situación de requisa	0	
Aquellas que son autoinfringidas	2	
Aquellas que son lesiones comunes	12	
Vacunación	TOTAL	
Cantidad de internos inmunizados con vacuna antigripal	70	HOMBRES
Cantidad de internos inmunizados con vacuna contra HB	70	
Cantidad de internos inmunizados con vacuna antineumococcia polivalente	42	
Cantidad de internos inmunizados con vacuna antineumococcia polivalente	42	

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

DURANTE EL SEMESTRE

Cantidad de internos inmunizados con vacuna doble adulto	52	
Cantidad de internos inmunizados con vacuna triple bacteriana acelular	24	
Cantidad de internos inmunizados con vacuna para la fiebre amarilla	0	
Tasa de Uso	TOTAL	
Cantidad de vacuna antigripal	70	HOMBRES
Cantidad de vacuna Hepatitis B	70	
Cantidad de vacuna Antineumococcica polivalente	0	
Cantidad de vacuna Doble Adultos	0	
Cantidad de vacuna Triple Bacteriana Acelular	0	
Cantidad de vacuna para Fiebre Amarilla	0	
Redireccionadas	Redireccionado	
Cantidad de vacuna antigripal	0	
Cantidad de vacuna Hepatitis B	0	
Cantidad de vacuna Antineumococcica polivalente	0	
Cantidad de vacuna Doble Adultos	0	
Cantidad de vacuna Triple Bacteriana Acelular	0	
Cantidad de vacuna Triple Doble Adultos Acelular	0	

DURANTE EL
SEMESTRE

DURANTE EL
SEMESTRE