

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes - Uruguay

Instituciones psiquiátricas en el contexto de la pandemia por COVID-19, 2020



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Instituciones psiquiátricas en el contexto de la pandemia por COVID-19, 2020

“(…) nuestra respuesta a esta epidemia debe abarcar, y, de hecho, centrarse en aquellos a quienes la sociedad a menudo descuida o relega a un estado menor. De lo contrario, fallará. La salud de cada persona está vinculada a la salud de los miembros más marginados de la comunidad. La prevención de la propagación de este virus debe garantizar un acceso equitativo al tratamiento”.

Declaración conjunta de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos y el Alto Comisionado para los Refugiados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Imagen de tapa: Salas de cuarentena y aislamiento de pacientes de casos sospechosos y confirmados de infección por coronavirus (COVID-19). CEREMOS, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH)

Dr. Wilder Tayler (Presidente)

Dra. Mariana Blengio Valdés

Dra. María Josefina Plá

Dr. Juan Faroppa

Dra. Mariana Mota

Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)

Director

Dr. Wilder Tayler

Secretaría

Maritza Ramos

Equipo Técnico Interdisciplinario 2020: Dr. Álvaro Colistro, Psic. Ariadna Cheroni, Dr. Daniel Díaz, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dr. Daniel Fessler, Dra. Victoria Iglesias, Lic. Soc. Laura Latorre, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Psic. Ana Inés Machado, Br. Ignacio Martínez, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Podestá, Psic. Adriana Rodríguez, Dra. Alicia Saura.

Colaboración del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina (2020): Dra. Valeria Beron y Dr. Fidel Lagos.

Redacción del informe

Equipo Técnico de monitoreo de instituciones psiquiátricas del MNP (2020): Psic. Ariadna Cheroni, Dra. Victoria Iglesias, Lic. Soc. Laura Latorre, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Dra. Alicia Saura.

Registro fotográfico:

Equipo Técnico Interdisciplinario MNP (2020)

Producción editorial: Susana Aliano Casales

ISBN: 978-9915-9316-2-3

Montevideo, setiembre de 2020

Índice

Resumen	7
1. Presentación	9
2. Introducción	11
2.1. Situación de Uruguay	13
3. Marco de monitoreo en el contexto de la pandemia por COVID-19 ...	17
4. Hospital Vilardebó: implementación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia por COVID-19	19
4.1. Panorama	19
4.2. Hallazgos del monitoreo	20
4.3. Conclusiones	32
5. CEREMOS: implementación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia por COVID-19	33
5.1. Panorama	33
5.2. Hallazgos del monitoreo	34
5.3. Conclusiones	48
6. Servicio de internación psiquiátrica del Sector D - Módulo 12, Unidad 4-Santiago Vázquez: implementación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia por COVID-19	49
6.1. Panorama	49
6.2. Hallazgos del monitoreo	50
6.3. Conclusiones	61
7. Reflexiones finales	63
9. Bibliografía	65
10. Glosario	67

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha tenido impactos severos a nivel sanitario, económico y social a escala mundial, generando restricciones a los derechos y libertades y afectaciones en la salud mental. Las personas internadas en instituciones psiquiátricas son especialmente vulnerables a las restricciones que implican las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena. La agudización de las condiciones de encierro aumenta los riesgos de tratos crueles, inhumanos o degradantes. En este contexto, el Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) ha realizado el monitoreo del Hospital Vilardebó, del Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) y del Sector D del Módulo 12 de la Unidad penitenciaria 4, Santiago Vázquez (en adelante SD-M12), con el objetivo de constatar la aplicación de medidas preventivas y de respuesta frente a la COVID-19 y su impacto en las condiciones de vida de las personas internadas.

El Hospital Vilardebó fue uno de los focos epidemiológicos en el país. El abordaje de la situación determinó que se estableciera una cuarentena preventiva en el centro, aislando a los pacientes que se encontraban cursando la enfermedad. Si bien al inicio se presentaron algunas dificultades, rápidamente se produjeron ajustes que permitieron el control del foco. Las personas internadas en las salas 10, 11 y en los “cuartos fuertes” de sala 11 tenían conocimiento de la situación sanitaria y de las medidas preventivas adoptadas. Las limitaciones preexistentes en la disponibilidad de actividades terapéuticas integrales se profundizaron durante el período del foco epidemiológico. Así, también, aumentaron las dificultades en las coordinaciones relativas a los egresos durante la cuarentena.

CEREMOS ha adoptado medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19 en forma adecuada. Hasta la fecha de cierre del informe, 21 de agosto de 2020, no registraba casos positivos de COVID-19. La movilidad de pacientes dentro y fuera de la institución, así como el ingreso de visitas se limitaron. Se redujeron las intervenciones psicosociales y la atención de policlínica. Las condiciones ambientales de las salas 5 y 10 se encontraban afectadas por el atraso en las obras de remodelación y acondicionamiento de infraestructura debido a la priorización de las acciones frente a la pandemia.

La Unidad 4 ha adoptado medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19, disponiendo instalaciones específicas para

cuarentena y aislamiento de casos sospechosos y eventualmente confirmados. Hasta la fecha de cierre del informe, 21 de agosto de 2020, no se habían registrado casos positivos de COVID-19 entre internos. Las visitas se limitaron en número (una persona) y en rango etario, pero no se redujeron en frecuencia. El personal fue informado del protocolo de actuación frente a la COVID-19. En el SD-M12 se profundizaron los aspectos securitarios sobre las intervenciones terapéuticas tendientes a la asistencia y convivencia de las personas internadas, intensificándose los episodios de violencia interpersonal, autoagresiones e intentos de autoeliminación.

En términos globales, las medidas de prevención y control de la COVID-19 en el marco del encierro han sido efectivas en los tres lugares monitoreados. En este período las acciones para garantizar el derecho a la salud priorizaron el control de la epidemia sobre la atención integral de salud mental.

Las medidas adoptadas profundizaron las limitaciones preexistentes de los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad. No obstante, no se detectaron acciones que implicaran tratos crueles, inhumanos o degradantes.

1. Presentación

De conformidad con el mandato que le otorga el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), el MNP de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) presenta este informe sobre *Instituciones psiquiátricas en el contexto de la pandemia por COVID-19, 2020*.

La declaración de emergencia sanitaria significó la adopción de un conjunto de medidas orientadas a la prevención, detección y atención de las personas con relación a la infección por coronavirus. Estas medidas tuvieron y tienen aún un impacto significativo en las condiciones de vida de la población global, determinando una crisis económica y social que trasciende la emergencia sanitaria.

Las personas internadas en instituciones psiquiátricas han visto agravadas las limitaciones preexistentes en referencia al encierro, la desvinculación social y la reducción de las intervenciones psicosociales, limitando aún más la atención a la respuesta farmacológica.

En este contexto, el MNP, en ejercicio de sus competencias,¹ ha realizado el monitoreo de los servicios de internación psiquiátrica gestionados en la órbita de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), esto es, el Hospital Vilardebó, CEREMOS y el área de internación psiquiátrica en el SD-M12, bajo la órbita del Sistema de Atención Integral de Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL).

El monitoreo tuvo como objetivo la valoración de la aplicación de medidas preventivas y de respuesta frente a la COVID-19, y del impacto de las medidas en las condiciones de vida de las personas internadas. Se emitió un oficio con recomendaciones y solicitud de información relativo a la aplicación de medidas de prevención y atención para la COVID-19. A su vez, se mantuvieron comunicaciones telefónicas y por medios virtuales con el personal del establecimiento y se realizaron visitas in situ a los centros.

1 El MNP, en ejercicio de las competencias establecidas en la Ley 18.446 de fecha 24 de diciembre de 2008 y la Ley 17.914 de fecha 25 de octubre de 2005, que ratifica el OPCAT, realiza desde el año 2017 el monitoreo sistemático de instituciones psiquiátricas, en virtud de que constituyen lugares de privación de libertad no convencionales donde las personas corren el riesgo de sufrir abusos que pueden constituir o derivarse en tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El informe presenta, en primer lugar, un panorama general sobre las orientaciones y recomendaciones emitidas por diferentes organismos, relacionadas con la pandemia de coronavirus aplicables a la situación de personas internadas en instituciones psiquiátricas.

En segundo lugar, se presentan los hallazgos del monitoreo realizado en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 al Hospital Vilardebó, CEREMOS y al área de internación psiquiátrica SD-M12.

Finalmente, se presenta un análisis global de las respuestas efectuadas para la contención de la infección en referencia a los estándares internacionales de derechos humanos.

2. Introducción

Las medidas adoptadas a nivel mundial en respuesta a la pandemia por COVID-19 han determinado para millones de personas serias restricciones a los derechos y libertades, en particular a la libertad de circulación, afectando sus condiciones de vida. Para las personas privadas de libertad las restricciones globales se han superpuesto a las preexistentes por su condición de encierro institucional.

En los establecimientos de encierro, la implementación de medidas que limitan aún más el ingreso de personas externas, como ser defensores, familiares y trabajadores en tareas no esenciales, entre otros, incrementan los riesgos de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En referencia a la pandemia por coronavirus, el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) dejó en claro el carácter no derogable de las obligaciones derivadas del OPCAT y señaló que “(...) la prohibición de la tortura, los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes no pueden ser derogadas, incluso en circunstancias excepcionales y emergencias que amenazan la vida de la nación” (SPT, 2020: 1-2).

El SPT recomendó, con fecha 25 de marzo de 2020, por una parte, la adopción de medidas dirigidas a las autoridades a fin de asegurar la atención de salud de las personas en custodia y del personal de los lugares de detención, incluidos los hospitales psiquiátricos y otros entornos médicos. Asimismo, señaló la importancia de que, en cumplimiento del mandato del OPCAT, los MNP continúen con el monitoreo de los establecimientos de privación de libertad en un contexto de mayor riesgo de tratos inhumanos y degradantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, ha reafirmado la importancia de dar continuidad al monitoreo como medida de prevención de la tortura en el contexto la COVID-19:

“El brote de COVID-19 no debe utilizarse como justificación para oponerse a la inspección externa de las prisiones y otros lugares de detención por parte de organismos internacionales o nacionales independientes cuyo mandato sea prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes [...]. Incluso en las circunstancias del brote de COVID-19, los órganos de inspección en el sentido antes mencionado deberían tener acceso a todas las personas privadas de libertad en prisiones y otros lugares de detención, in-

cluidas las personas aisladas, de conformidad con las disposiciones del mandato del órgano respectivo”²

La OMS estableció orientaciones referentes a la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia con el objetivo de:

“1) prevenir la entrada en el centro del virus causante de la COVID-19, 2) prevenir la propagación de la COVID-19 en el interior del centro y 3) prevenir la propagación de la COVID-19 al exterior del centro” (OMS, 2020: 1).

Estas incluyen pautas de coordinación entre sistemas y servicios; prevención; respuesta; notificación y minimización de riesgos en la salud mental de residentes, empleados y visitantes.

Entre las acciones de prevención se identifican: la coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones; medidas de distanciamiento físico; y de manejo de acceso de visitantes a los centros de atención.

En referencia a las acciones de respuesta, se establecen: medidas de detección precoz; control de fuentes de propagación; precauciones contra la transmisión y uso del equipo de protección personal (EPP); acciones de limpieza, desinfección del entorno y lavandería; y restricciones de movilidad de casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Las medidas referentes a la mitigación de riesgos a la salud mental alcanzan a las personas internadas en consideración de:

“Las personas mayores, especialmente las que deban permanecer aisladas y las que presenten deterioro cognitivo o demencia o tengan un alto grado de dependencia, pueden experimentar un aumento de la ansiedad, la irritabilidad, el nerviosismo, la agitación y el retraimiento durante el brote de COVID-19 o durante su aislamiento”. (OMS, 2020: 5)

Asimismo, se establecen medidas de protección de la salud mental del personal de atención.

2 Citado por la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) al texto de la OMS *Interim Guidance - Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*, del 15 de marzo de 2020 (APT, 2020: 6).

2.1. SITUACIÓN DE URUGUAY

El 13 de marzo de 2020, a partir de la confirmación del primer caso, el Poder Ejecutivo declaró el “Estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus COVID-19 (Coronavirus)” por Decreto 93/020.³

En esa fecha el Ministerio de Salud Pública (MSP) contaba con el *Plan Nacional de contingencia para la infección (COVID-19)*⁴ como lineamiento global de respuesta a la pandemia. El documento, consideraba únicamente las instituciones de encierro cuando “(...) hay confirmación de transmisión local comunitaria o sostenida”,⁵ señalando “Emitir pautas de salud para instituciones cerradas, semi cerradas y público en general” (MSP, 2020).

Partiendo de los lineamientos definidos por el MSP y con el objetivo de comunicar la respuesta institucional ante la identificación de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, así como definir las medidas de protección del personal de salud, el 12 de marzo, ASSE hizo público su *Plan para la contingencia de la infección (COVID-19) por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)* (ASSE, 2020).⁶

Por su parte, el 17 de marzo el Ministerio del Interior y el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) difundieron un *Protocolo de actuación para la prevención del contagio del virus en los 26 establecimientos carcelarios de todo el país*.

El 26 de marzo, el MNP llamó a las autoridades nacionales a adoptar medidas urgentes para la gestión de riesgos frente a la pandemia por COVID-19 en los lugares de privación de libertad y protección de las personas en situación de encierro.⁷

3 Decreto 93/2020. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>>.

4 *Plan nacional de contingencia para la infección (COVID-19) por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Lineamientos para la gestión de la respuesta*. MSP. Versión: 09.03.2020. Ver apartado 3.1.5. del Plan.

5 “3. Nivel de respuesta coordinada multisectorial nacional. Este nivel corresponde a una situación en la que hay confirmación de transmisión local comunitaria o sostenida de SARS-CoV-2 en el territorio nacional que puede desencadenar eventualmente la superación de la capacidad de respuesta”. *Plan nacional de contingencia para la infección (COVID-19) por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Lineamientos para la gestión de la respuesta*. MSP. Versión: 09.03.2020.

6 Disponible en: <<https://www.asse.com.uy/contenido/Plan-de-Contingencia-COVID-19-12199>>.

7 Disponible en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/ante-pandemia-covid-19>>.

Las medidas propuestas incluyeron:

“Asegurar que las estrategias y acciones que se llevan adelante para la prevención, detección y contención del COVID-19 tienen un enfoque de salud basado en los derechos humanos, rigiéndose, entre otros, por los principios de no discriminación, accesibilidad, calidad y rendición de cuentas.

Considerar no sólo los aspectos estrictamente sanitarios, sino las derivaciones psicosociales en las personas institucionalizadas y sus familias, prestándose también atención a las consecuencias psicológicas de la pandemia, en el personal que trabaja en estas instituciones.

Identificar y minimizar los riesgos de violencia institucional e interpersonal que puedan generarse en estas circunstancias, realizando intervenciones oportunas ante conflictos posibles.

Observar que toda medida que desde la emergencia limite los derechos individuales y las libertades fundamentales debe ser necesaria, proporcionada, no discriminatoria y compatible con la Constitución de la República y las normas de derechos humanos.

Teniendo en cuenta que los mayores déficits de estructuras edilicias, alimenticias, de atención sanitaria y de gestión se visualizan en el sistema carcelario, el MNP entiende del caso:

Tener presente la excepcionalidad de la privación de la libertad conforme a la gravedad del delito cometido. Es por ello que sería conveniente que la administración de justicia evitara, en lo posible, el encierro de aquellas personas que puedan acceder a medidas no privativas de libertad y espacios de convivencia con base comunitaria, haciendo hincapié en las personas que se encuentran en la población de riesgo (por la edad, enfermedades inmunodepresoras, etc.)” (MNP, 2020).

Las personas en situación de encierro constituyen un grupo de población de mayor vulnerabilidad ante el riesgo de infección por coronavirus. Entre los principales factores de riesgo en instituciones psiquiátricas se identifican: la convivencia colectiva en salas o pabellones, las condiciones edilicias y la precariedad de la higiene e instalaciones, el deterioro general de las condiciones de vida y de la salud, siendo estas situaciones preexistentes que ya han sido advertidas por el MNP. Las instituciones psiquiátricas monovalentes, en particular en CEREMOS y el Hospital Vilardebó, son centros que prestan atención a pacientes con discapacidades mentales que tienen un promedio de edad elevado y en general han transitado largos períodos de internación en estructuras asilares.

El MNP, con fecha 25 de marzo de 2020, emitió el Oficio n.º 607/MNP con las siguientes recomendaciones dirigidas al MSP, a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y a las direcciones del Hospital Vilardebó y de CEREMOS:

“Definir lineamientos específicos para la adopción de medidas de prevención, control y manejo de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en las instituciones de encierro, en el marco del ‘Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2): Lineamientos para la gestión de la respuesta’.

Orientar al conjunto del personal de las instituciones de encierro en las medidas a adoptar en relación al COVID-19.

Informar con antelación a los y las pacientes en encierro institucional y a sus familias sobre las medidas de prevención personales y las establecidas a nivel institucional; fundamentando la inclusión de cualquier tipo de restricción en el contacto con familiares u otras y propiciando espacios terapéuticos que permitan minimizar los impactos que circunstancias de estas características generan sobre personas en situación de vulnerabilidad.

Generar condiciones materiales para la implementación de protocolos y estrategias de atención equivalentes a las planificadas para la población general, incluyendo entre otros, el acceso a insumos de limpieza y desinfección para los pacientes en encierro institucional y la disponibilidad de equipo de protección especializado para el personal de salud.

Garantizar la protección del personal de los establecimientos, con énfasis en el personal de salud, tanto desde el punto de vista sanitario, como en lo que refiere a la instrumentación de medidas para brindar apoyo psicosocial a los equipos de trabajo.

Asegurar la disponibilidad de condiciones para la atención de emergencia, traslado y atención de pacientes en encierro institucional se realice en acuerdo a los principios de proporcionalidad, legalidad, responsabilidad, necesidad y no discriminación, por el menor tiempo posible y en condiciones que minimicen el daño infligido”.

Mediante este oficio se solicitó información sobre: existencia de protocolos de actuación y/o contingencia, medidas adoptadas para el cumplimiento de las recomendaciones e información sobre las medidas que se han adoptado para la atención de pacientes en encierro institucional que presentan factores de riesgo asociados a enfermedad grave de la COVID-19.

3. Marco de monitoreo en el contexto de la pandemia por COVID-19

El contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 requirió una revisión de la metodología de intervención del MNP. Para ello se trabajó en consulta con el SPT y con los MNP a nivel internacional,⁸ con la finalidad de compartir experiencias de trabajo y material documental, conocer las medidas preventivas adoptadas en los diferentes países y otras prácticas que aseguren la continuidad del cumplimiento del mandato, brindando seguridad a las personas privadas de libertad, al personal de los centros y al personal del MNP. En particular, el equipo de monitoreo de instituciones psiquiátricas del MNP participó de las actividades de capacitación e intercambio de buenas prácticas entre MNP a nivel internacional, organizadas por la Oficina de Coordinación de las Naciones Unidas y la APT, relativas a la epidemia por la COVID-19.

En este contexto, el SPT emitió recomendaciones específicas dirigidas a los MNP en referencia al coronavirus, en las cuales destaca el deber de continuidad del monitoreo.

“El SPT enfatiza que, si bien la forma en que se realizan las visitas preventivas se verá casi seguramente afectada por las medidas necesarias tomadas en interés de la salud pública, esto no significa que las visitas preventivas deban cesar. Por el contrario, la exposición potencial al riesgo de malos tratos que enfrentan las personas en los lugares de detención puede aumentar como consecuencia de las medidas de salud pública adoptadas. El SPT considera que los MNPs deben continuar realizando visitas de carácter preventivo, respetando las limitaciones necesarias en la forma en que se realizan sus visitas. Es particularmente importante en este momento que los MNPs garanticen que se tomen medidas efectivas para reducir la posibilidad que los detenidos sufran formas de trato inhumano y degradante como resultado de las presiones reales que enfrentan los sistemas de detención y los responsables de ellos” (SPT, 2020: 2).

8 Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Túnez, España, Holanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suiza, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Paraguay, Perú, entre otros.

Entre las medidas señaladas se incluye: discutir las acciones a implementar con las autoridades nacionales; la diversificación de medios (comunicación electrónica, líneas telefónicas directas) y fuentes de información sobre los lugares de detención (organizaciones sociales, familiares y representantes); el seguimiento de la creación de centros de detención nuevos/temporales; asegurar que haya canales que permitan una comunicación rápida y confidencial con los lugares de detención, entre otras (SPT, 2020: 5).

El monitoreo realizado por el MNP durante el período de emergencia sanitaria tuvo como objetivo general el valorar la aplicación de medidas preventivas y de respuesta frente a la COVID-19, y el impacto de estas en las condiciones de vida de las personas internadas.

La metodología de monitoreo utilizada tomó como referencia las recomendaciones planteadas en el contexto de la COVID-19 por el SPT, las orientaciones provisionales de la OMS relativas a *Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19* y los estándares derivados de los diversos instrumentos de derechos humanos.

El principio de “no dañar” fue una consideración central a la hora de decidir cada intervención. Para ello se priorizó realizar el monitoreo por vías no presenciales mediante comunicaciones escritas por oficio, telefónicas y reuniones virtuales con las autoridades y el personal de los establecimientos.

Sin embargo, dada la particularidad de las instituciones psiquiátricas monitoreadas, se entendió fundamental la realización de visitas presenciales cuando estas fueran justificadas en base a una evaluación del riesgo-beneficio. En cada caso, el MNP realizó un análisis de la información disponible y de los riesgos sanitarios, así como de las posibles afectaciones a la integridad física y mental de los pacientes. Se elaboró un instructivo con relación a las medidas sanitarias a adoptar al realizar las visitas. Previo a cada visita se estableció una pauta de trabajo que especificaba los elementos necesarios para tener en cuenta al momento de ingresar y permanecer en los centros para la protección de las personas en ese contexto y de los integrantes del MNP. Las visitas fueron no anunciadas como criterio general.

En estas visitas se observaron las medidas implementadas por COVID-19 y las condiciones de vida de las personas internadas. Asimismo, se realizaron entrevistas a las personas internadas, el personal de atención y las autoridades de los establecimientos.

4. Hospital Vilardebó: implementación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia por COVID-19

4.1. PANORAMA

El monitoreo del Hospital Vilardebó en el contexto de la COVID-19, se estructuró en tres diferentes momentos: a) frente a la declaración de la emergencia sanitaria, advirtiendo acerca de los riesgos específicos que se presentaban en una estructura asilar;⁹ b) al constatarse los primeros casos positivos de pacientes con COVID-19 y durante el período en que el hospital fue considerado un foco epidemiológico, con el consecuente cierre de ingreso de pacientes y c) una vez controlado el foco dentro del centro y reapertura del servicio.

El 6 de abril, con la confirmación del primer caso positivo de COVID-19, se estableció la cuarentena del Hospital Vilardebó que implicó, entre otros aspectos, el cierre del ingreso y salida de pacientes, la prohibición de visitas, el aislamiento dentro de las salas y la disminución del personal disponible. Asimismo, el director general del hospital fue removido de su cargo y asumió la dirección el exdirector de CEREMOS, Dr. Federico Sacchi.

Basados en la valoración de esta situación, el MNP realizó una primera visita al establecimiento y un seguimiento posterior de su evolución, tomando en cuenta las limitaciones y criterios de seguridad correspondientes.

Las visitas in situ al Hospital Vilardebó fueron realizadas los días 4 de mayo, 8 de junio y 1 de julio de 2020.

9 El 25/03/2020 se emitió el Oficio n.º 607/MNP, donde se establecían recomendaciones referentes a la situación de las personas internadas en instituciones psiquiátricas en el contexto de la pandemia de la COVID-19 y se solicitaba información sobre las medidas de prevención y actuación frente a la emergencia sanitaria.

4.2. HALLAZGOS DEL MONITOREO

4.2.1. Prevención

Coordinación de acciones

El Hospital Vilardebó contaba con un *Plan de contingencia ante pandemia de COVID-19*, de fecha 31 de marzo de 2020, aprobado por la Dirección del hospital, que incluía las “medidas a adoptar ante casos de COVID-19 positivos o sospechosos para la hospitalización, emergencia y policlínica”.

La Dirección informó que capacitó al personal con relación a los “cuidados que deben adoptar para la atención de los pacientes, medidas de protección, equipos de protección, etc.”. Según la información recabada,¹⁰ el personal del centro recibió en dos instancias capacitación sobre la temática de la COVID-19 y sobre el uso del EPP a cargo de un infectólogo y de la Dirección del hospital.

Visitantes

El *Plan de contingencia* determinó que usuarios, familiares, personal, ambulancias, móviles policiales y proveedores que ingresen al hospital “deberán pasar por el triage¹¹ ubicado en el hall del Hospital, el que será realizado por un equipo integrado por personal de enfermería, vigilante, agente de policía e integrante de Salud Ocupacional”¹². A su vez, se limitaron las puertas de acceso al hospital.

10 Información recabada durante la visita de monitoreo in situ realizada al Hospital Vilardebó el día 4 de mayo de 2020.

11 Se entiende por triage: “Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico”. Definición de la OPS: *Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias*, 2011. La nota no estaba en el texto original citado fue incluida por el MNP a efectos de aclarar el concepto.

12 Respuesta del Hospital Vilardebó de fecha 1 de abril de 2020 al Oficio n.º 607/MNP, p. 4.



Triage en la puerta de acceso principal. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 8/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020

Durante el período en que el hospital tenía pacientes confirmados y sospechosos de COVID-19, las visitas estuvieron suspendidas. Según el *Plan* “si concurre un familiar para dejar insumos a un paciente lo dejará en el triage y será llevado por un auxiliar de enfermería de la sala donde se halla internado el paciente para dárselo”.¹³ A efectos de compensar la suspensión de visitas, se agregaron días de comunicación telefónica con los familiares.

En el monitoreo realizado el 4 de mayo y posteriores, pudo constatar que se efectuaba el triage al ingreso al centro, que constaba de control de temperatura y aplicación de un cuestionario referente a síntomas respiratorios. En la recepción de visitantes se observó la disponibilidad de alcohol en gel y tapabocas. A su vez, se evidenció que se recibían encomiendas para los pacientes.

13 Ídem *ut supra*.

Ingreso de pacientes externos

Emergencias. El *Plan de contingencia* especificaba que “los usuarios que vayan a Emergencia presentarán un papel que se les dará en el triage y con él esperarán a ser asistidos”.¹⁴ No obstante, desde el momento de inicio del foco epidemiológico en el Hospital Vilardebó, la emergencia dejó de admitir ingresos. El 9 de abril, según entrevistas a la jefatura del sector, se encontraban internadas un total de 14 personas, 8 varones y 6 mujeres (la capacidad del sector es de 20 plazas) en la emergencia.

El 1 de junio, al lograrse el control del foco, reabrió la emergencia del Hospital Vilardebó. Según refirió el equipo de emergencia, se pautaron medidas preventivas para disminuir el riesgo y evitar un nuevo foco en el centro hospitalario. Para esto se establecieron diferentes áreas destinadas a pacientes que previamente se catalogaban según los síntomas respiratorios o la sospecha de COVID-19. Para los pacientes que requerían permanecer en observación un tiempo prolongado sin necesidad de internación (personas sintomáticas o con sospecha de COVID-19), se destinó la sala 7, mientras que los asintomáticos permanecían en emergencia. Cuando se debía internar a los pacientes, previamente se realizaba un hisopado y, según su resultado, se determinaba la sala a la cual eran derivados.¹⁵

Desde la Dirección, se planteó mejorar la atención en territorio, a través de los equipos de salud mental de la Red de Atención del Primer Nivel-ASSE (RAP-ASSE). Asimismo, se planificaron estrategias para implementar mejoras en la atención de salud mental en las puertas de emergencia de los hospitales generales para evitar la derivación sin evaluación previa al Hospital Vilardebó, ya que en muchos casos resultaba ser innecesaria.

Internación. Durante el período en que existieron casos positivos de COVID-19 en el hospital, no se admitieron ingresos de pacientes, se valoraba la situación de la persona y, de ser necesario, era derivada a otro centro. En el caso de pacientes provenientes del sistema carcelario, estos regresaban a las cárceles. En referencia a las internaciones por consumo problemático de drogas enviadas por los jueces, si el usuario lo aceptaba, estas eran derivadas al Portal Amarillo.

14 Ídem *ut supra*.

15 Hisopado negativo: la sala 26 correspondía a las mujeres y la sala 8 a los varones. Si el hisopado era positivo, se ingresaban a la sala 16.

Policlínica de Atención Inmediata. El *Plan de contingencia* especificaba que solo podrían asistir pacientes agendados, “los usuarios van a solicitar número en Atención al Usuario, pasarán por el triage e ingresarán en número máximo de 5 (cinco) a la Policlínica, hasta completarse la consulta”.¹⁶ Durante el período en que existieron casos positivos por COVID-19 la policlínica permaneció cerrada.

Servicio de terapia electroconvulsiva. El *Plan de contingencia* solicitaba a las direcciones de las instituciones sanitarias no derivar pacientes sospechosos de COVID-19 para micronarcosis o electroencefalograma. En el período en que hubo casos positivos por COVID-19, según la información recabada, no se admitió el ingreso de pacientes externos para la realización de terapia electroconvulsiva, con excepción de casos puntuales considerados urgentes y en los cuales se evidenciaba falta de respuesta al tratamiento farmacológico.

Egreso de pacientes

En el período de permanencia del foco epidemiológico se informó desde el Área Jurídica que, al 10 de abril, existían 5 pacientes varones en condiciones de egreso, proceso que se encontraba suspendido debido a la cuarentena. El día 4 de mayo, en entrevista realizada a la Dirección, se informó que se había reiniciado el plan de egresos de los pacientes que ya contaban con alta médica. En la visita realizada el 8 de junio, según información provista por Dirección, se habían concretado 68 egresos del hospital.

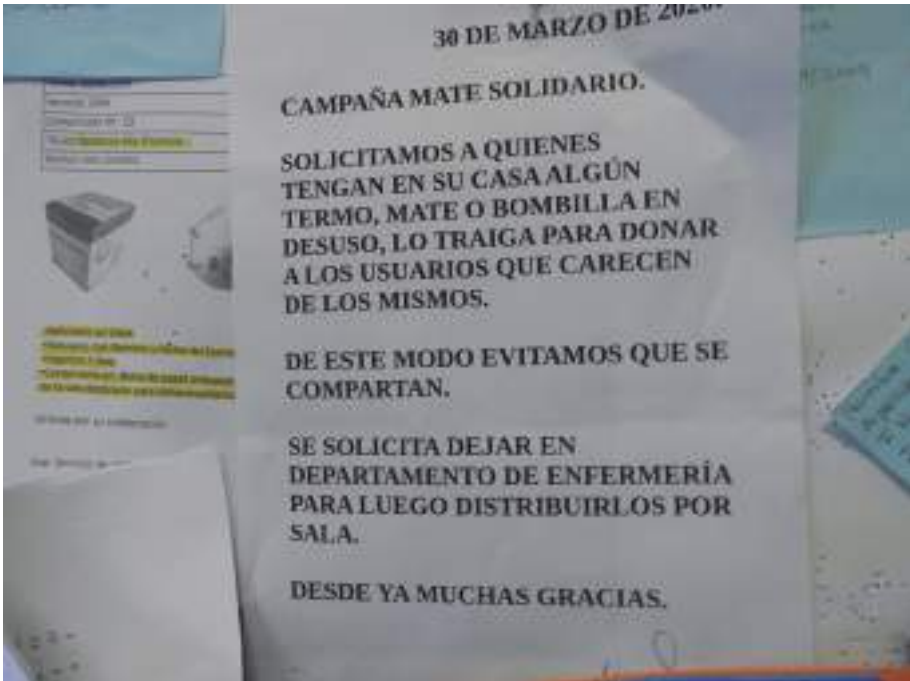
Medidas de distanciamiento

En cuanto al distanciamiento físico mínimo, se constató que en los cuartos fuertes de la sala 11 las condiciones del espacio físico de la celda cuando permanecían dos o más personas encerradas impedían el cumplimiento de esta pauta (OMS, 2020: 2).

Mientras se mantuvo activo el foco epidemiológico, las actividades comunes fueron suspendidas; en la visita realizada el 1 de julio se habían reiniciado.

¹⁶ Ídem *ut supra*.

Se realizaron acciones orientadas a informar y apoyar a los y las pacientes a adoptar medidas de higiene, en particular, relativas al uso compartido del mate, que fuera señalado como uno de los principales factores de riesgo para la transmisión del virus. La foto siguiente capta el aviso disponible en la cartelera de enfermería, en la cual se busca incrementar la cantidad disponible del equipo para tomar mate para que este pueda ser personalizado.



Cartelera en enfermería donde puede notarse la “campana mate solidario”. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 8/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020

4.2.2. Respuesta

Detección

A partir de la detección del primer paciente positivo de COVID-19, se realizaron test para la detección de la infección a todo el personal y pacientes del centro. Posteriormente, se repitió por segunda vez a todo el personal y pacientes.

Control de fuentes de propagación (atención a pacientes con COVID-19 y prevención de la transmisión ulterior)

En el *Plan de contingencia* el área destinada para aislamiento de los pacientes por COVID-19 fue la sala 16. Según señalaba el *Plan* “para la elección de esas salas se priorizó la ventilación, el hecho que tienen baños y uno con ducha para el personal, dos sectores para ambos sexos y patios”.¹⁷ Las pacientes judiciales alojadas en la sala 16 se trasladarían a la sala 17.

El Hospital Vilardebó registró el primer caso de un paciente COVID-19 positivo el día 6 de abril. A partir de la identificación de un primer caso sospechoso, se aisló, se realizó el test diagnóstico y el paciente fue trasladado al Hospital Español.¹⁸

Frente al gran número de pacientes cursando la enfermedad COVID-19, siendo el Hospital Vilardebó uno de los focos epidemiológicos nacionales, fue necesario disponer de las salas 7B y 8 para alojar a los pacientes varones con diagnóstico confirmado, a pesar de lo estipulado previamente en el *Plan de contingencia*. Durante este período la sala 16 fue reasignada para los casos con sospecha de infección por coronavirus, un sector para mujeres y otro para varones. Al 9 de abril se encontraban 22 pacientes varones confirmados con COVID-19 (todos asintomáticos) internados en el hospital.

El resto de las personas usuarias del hospital se encontraban circulando dentro del establecimiento, pero en espacios limitados.

Posteriormente, en la visita realizada el 4 de mayo, la Dirección informó que 15 pacientes se encontraban con diagnóstico de COVID-19, con una evolución clínica favorable, y una disminución del número de casos, dando cuenta del control del foco.

Asimismo, la Dirección informó que tenían una disminución significativa del personal por certificaciones, lo cual se vio agravado por el contexto provocado por la pandemia.

17 Informado por la Dirección del Hospital Vilardebó con fecha 1 de abril del 2020, en respuesta al Oficio n.º 607/MNP, p. 5.

18 El Hospital Español de ASSE fue designado como Centro de Referencia de Salud Pública para la contingencia de la atención de pacientes con la enfermedad COVID-19.



Cintas que pautan las restricciones de circulación. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 8/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020

En la visita realizada el 8 de junio, la Dirección se refirió al hospital como “negativo para COVID-19”. No obstante, 3 personas permanecían en aislamiento (dos hombres y una mujer), por no cumplir con el criterio de curación (dos test negativos).

Equipo de protección personal

La Dirección del Hospital Vilardebó señaló que contaba con elementos de protección personal para funcionarios y pacientes, y con un documento de *Procedimientos para la utilización de Equipos de Protección Personal (EPP)*, de fecha 23 de marzo de 2020,¹⁹ elaborado con el objetivo de: “Establecer pautas protocolizadas de colocación de los EPP, a fin de asistir a las personas portadoras de enfermedades infecto-contagiosas, en Sector de Aislamiento”.

19 Información proporcionada por la Dirección del Hospital Vilardebó con fecha 27 de abril de 2020, en respuesta al Oficio n.º 607/2020 del MNP.

Integrantes del personal entrevistados refirieron conocer la existencia de protocolos, que variaban según el grado de exposición y nivel de riesgo, así como en referencia al EPP requerido en cada uno de los casos.



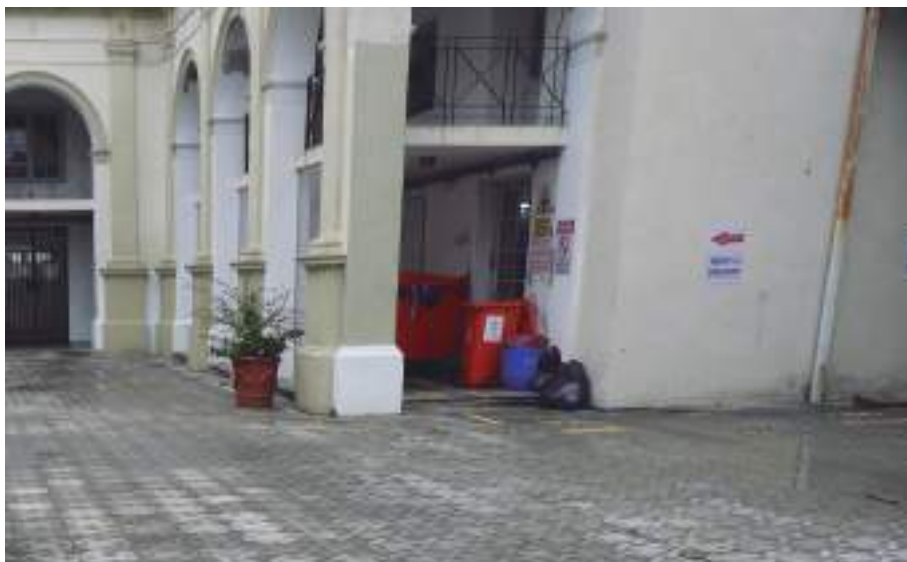
Uso del equipo de protección personal. A la derecha, por el personal del MNP, a la izquierda y al fondo, uso de EPP por parte del personal de atención y de servicios del Hospital. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 1/7/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

En cuanto a la disponibilidad de materiales y equipo de protección, el personal entrevistado señaló que, al inicio del foco, esta no era suficiente para cubrir todas las demandas.

Durante el monitoreo realizado el 4 de mayo, pudo observarse que el personal que circulaba por el centro no poseía ni utilizaba el mismo EPP, en tanto el personal entrevistado señaló que “contaban con material suficiente pero no con la variedad de talles requeridos”. En un sector semicerrado donde se descartaban los materiales, permanecían sobre túnicas y otros materiales acumulados en el suelo y no dentro de los contenedores. En el recorrido realizado dentro del Hospital, se observó que ningún paciente de los que se encontraban en los patios u otros espacios exteriores usaban tapabocas. En

particular, el personal de sala 11 aunque desempeñara la misma tarea o estuviera en el mismo sector, no empleaba el mismo equipo de protección al ingresar a los cuartos fuertes. De todas formas, si bien la colocación y variedad del equipo presentaba diferencias, todos tenían el material necesario completo.

En la visita realizada el 8 de junio se constataron avances en cuanto a la implementación de las medidas de colocación y descarte de los EPP.



Señalización del circuito de circulación y contenedores de residuos peligrosos en el patio central próximo a puerta de acceso principal. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 8/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

4.2.3. Situación de las personas internadas en el contexto de la COVID-19

Sala 10²⁰

La sala 10 no tuvo casos de pacientes sospechosos ni confirmados para COVID-19. Según manifiesta el personal, las medidas preventivas funcionaron bien. Se tomaron los recaudos correspondientes y siempre se contó con materiales adecuados a la situación. En los momentos de mayor riesgo,

²⁰ La Sala 10 del Hospital Vilardebó fue monitoreada por un equipo del MNP el día 8 de junio de 2020.

según relataron, se usaba sobretúnica, gorro, guantes, tapabocas, zapatones, etc., para ingresar a la sala propiamente dicha, pero nunca contaron con un lugar específico para el descarte, por lo que utilizaban el contenedor de sala 11 o implementaron un tarro con bolsas de residuo biológico específico en la enfermería para el descarte de material. Al momento de la visita se usaba solo tapabocas y zapatones.



Sala 10 pacientes judiciales varones. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 8/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Los pacientes confirmaron que fueron informados acerca de las medidas preventivas con relación a la COVID-19 y que tenían acceso a alcohol en gel. En opinión del personal, las medidas fueron aceptadas por los pacientes. No obstante, se señaló que al comienzo manifestaron resistencias para adoptar algunas prácticas, como el uso no compartido de mate y el mantenimiento de distancia física.

En el momento de mayor riesgo de contagio, se solicitó a los pacientes que permanecieran en la sala y los patios internos del sector. La mayoría de las personas cumplieron con la solicitud y no se sancionó a quienes no lo hacían. Por otra parte, se suspendieron los talleres y otras actividades externas a la sala.

La limpieza se mantuvo igual en todo momento, con un régimen de una vez por día, dedicándole un día a la semana a la realización de una limpieza general. El personal tercerizado encargado de esta tarea no contaba con el equipo necesario.

Al momento de la visita, según el relato de los pacientes, el clima en general era bueno y las mayores restricciones para los desplazamientos dentro del centro no alteraron el funcionamiento interno, existiendo un número escaso de conflictos entre los pacientes de la sala.

Como parte de las medidas preventivas los pacientes no tenían visitas, pero se les habilitó con mayor flexibilidad las llamadas telefónicas que eran gestionadas por el equipo de trabajo social y enfermería.

Sala 11²¹

El 4 de mayo se encontraron 17 pacientes, de los cuales 6 se alojaban en los cuartos fuertes.²² Estos se encontraban ocupados en los días que se realizaron las visitas *in situ* a la sala (4 de mayo y 1 de julio de 2020). En uno de ellos, se observó la permanencia de un paciente en aislamiento individual, situación que se constata desde hace aproximadamente un año y medio.

Si bien disminuyeron las horas presenciales de especialistas en psiquiatría, el personal entrevistado refirió que esto no había alterado las consultas y los controles de los pacientes. Asimismo, negaron la existencia de inconvenientes o dificultades con la disposición, distribución y administración de medicación. Por otra parte, refirieron una disminución en el uso de medidas de contención mecánica.

Dos semanas antes de la visita del MNP se presentó un caso COVID-19 positivo. Esta persona ya se encontraba en la sala de aislamiento. Ante esta situación los pacientes permanecieron en cuarentena dentro del sector, y luego de ser evaluados por psiquiatría y no haber presentado síntomas, se decidió no realizar el test. Un auxiliar de enfermería que había mantenido contacto directo con el paciente permaneció en cuarentena en su domicilio con test negativo.

21 La sala 11 y los cuartos fuertes del Hospital Vilardebó fueron monitoreados por un equipo del MNP durante la emergencia sanitaria, en las visitas realizadas el día 4 de mayo y 1 de julio de 2020.

22 Son cuatro cuartos fuertes, en dos de ellos se encontraban dos pacientes, y una persona en cada uno de los dos restantes. Una de estas personas se encontraba en ese lugar debido a las comorbilidades que presentaba.

El día 1 de julio, a partir de un episodio ocurrido el 15 de junio, vinculado a un principio de incendio generado por la quema de colchones por parte de un paciente, se realizó una nueva visita a la sala 11. Si bien el objetivo fue monitorear las condiciones en las cuales se encontraban los pacientes a partir de esa situación concreta,²³ complementariamente se realizó el seguimiento de las medidas preventivas vinculadas a la COVID-19.

En este sentido, se pudo constatar que si bien el foco de COVID-19 estaba controlado, se mantenían en el hospital las medidas sanitarias.

Se observaron condiciones de insalubridad del patio de la sala 11 y fundamentalmente del tejido que lo recubre. Al respecto cabe señalar que la situación de la malla que cubre el patio central había sido motivo de recomendaciones del MNP en el año 2017, a raíz de lo cual se removió el viejo tejido y se instaló un nuevo sistema que, a diferencia del anterior, permitía ser higienizado. No obstante, se observó que presentaba una gran acumulación de distintos tipos de residuos.



Sala 11. Pacientes judiciales varones. Patio y malla que lo cubre. Hospital Vilardebó, ASSE. Fecha de captura: 1/7/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

23 Al respecto cabe señalar que debido a los daños ocasionados en el ala donde se generó el incendio, los pacientes habían sido concentrados en el ala derecha de la sala.

4.3. CONCLUSIONES

El Hospital Vilardebó fue uno de los focos epidemiológicos en el país, lo que determinó que se estableciera una cuarentena preventiva del centro, más el aislamiento de los pacientes que se encontraban cursando la enfermedad.

El centro tuvo una rápida respuesta frente a los primeros casos confirmados, con la aplicación del protocolo establecido. Inicialmente se observaron algunas fallas en la implementación, en particular relacionadas a la circulación dentro del centro de funcionarios, la utilización y el descarte del equipo de protección. De todas formas, el personal había recibido capacitación e información sobre el uso, lo cual se vio reflejado durante las visitas.

Las personas internadas en las salas monitoreadas mostraban conocimiento de la situación sanitaria actual y habían logrado una adaptación a las nuevas medidas implementadas. Las limitaciones preexistentes en la disponibilidad de actividades terapéuticas integrales (recreativas, educativas, etc.) se profundizaron durante el período de foco epidemiológico.

El protocolo de ingreso al centro fue reformulado luego de la curación de los pacientes con COVID-19 para disminuir los riesgos de un nuevo brote dentro del hospital. Esta evaluación de la elaboración y aplicación de los protocolos se considera una medida preventiva óptima a efectos de evitar la reiteración de errores detectados.

Preocupa al MNP la postergación de los egresos de las personas sin referentes familiares y que provienen de situación de calle. En ambos casos, el personal señalaba que se coordina con el Ministerio de Desarrollo Social el ingreso a refugios. No obstante, existían problemas de coordinación con dicha secretaría de Estado, puesto que se retrasaba la asignación de cupos en los refugios y, en ocasiones, se rechazaba el ingreso, cuando la persona no estaba previamente ingresada al sistema de refugios o tenía antecedentes de mala conducta en ellos.

5. CEREMOS: implementación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia por COVID-19

5.1. PANORAMA

El MNP realizó la última visita a CEREMOS previa a la declaración de emergencia sanitaria, el día 17 de febrero de 2020. A partir de la emergencia, el MNP emitió un oficio con recomendaciones y solicitud de información dirigido a las autoridades de CEREMOS-ASSE.²⁴ Se decidió dilatar la realización de visitas presenciales en base al principio de “no dañar” y hasta que se contara con las condiciones de seguridad para la protección de las personas internadas. Se dio seguimiento a la situación por medios remotos, realizando entrevistas a la Dirección del centro y autoridades de ASSE, a efectos de conocer la situación, las medidas adoptadas y el alcance en el cumplimiento de recomendaciones.

Mediante comunicaciones telefónicas con la Dirección y por la respuesta a dicho oficio, se obtuvo información sobre las medidas implementadas en el centro para la prevención de la infección por coronavirus. Como ser, la limitación en el ingreso de visitantes al centro (visitas y pacientes externos), la suspensión de las salidas programadas de las personas internadas y la restricción de la circulación de personas en el interior del centro. Asimismo, se adoptaron medidas para la detección, cuarentena o aislamiento de pacientes sospechosos y confirmados por COVID-19.

De los datos estadísticos solicitados se extrajo que había un total de 237 personas mayores de 60 años en la institución, 43 de ellas mayores de 80 años. No se habían implementado medidas específicas de cuidado para la población de personas mayores, apostando a un cuidado general e integral de todos los y las pacientes del centro.

El día 1 de junio de 2020, en conjunto con el Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina, el MNP efectuó

24 Oficio n.º 607/MNP del 25 de marzo de 2020.

una visita no anunciada al Sector Etchepare de CEREMOS, con el objetivo de realizar el seguimiento de las recomendaciones señaladas en el Oficio n.º 607/ MNP. En particular, se plantearon los siguientes objetivos específicos: a) verificar las condiciones generales referidas a higiene personal y ambiental, alimentación y acceso a servicios de salud y salud mental; b) realizar el seguimiento de las medidas de protección adoptadas y las condiciones de vida de las personas institucionalizadas; c) observar cualquier medida restrictiva de los derechos de los pacientes en encierro institucional a los efectos de vigilar que se realicen de acuerdo con los principios de proporcionalidad, legalidad, responsabilidad, necesidad y no discriminación y por el menor tiempo posible y en condiciones que minimicen los daños colaterales; d) observar las áreas establecidas para la atención de pacientes con síntomas respiratorios de consulta externa y áreas de aislamiento previstas para pacientes internos; e) verificar los avances en la implementación de los test para la detección de coronavirus como medida preventiva a la población de CEREMOS.

5.2. HALLAZGOS DEL MONITOREO

5.2.1. Prevención

Al momento de la visita, la policlínica no recibía pacientes externos, como se había informado en las instancias remotas previas. La atención de estos se realizaba en la modalidad de telemedicina y este mecanismo funcionaba apropiadamente según relató el personal del área.

Por otra parte, a fin de dar continuidad a la atención de pacientes externos se descentralizaron los servicios de policlínica a los consultorios de la RAP-ASSE de los departamentos de San José, Canelones y Florida.

Coordinación de acciones

Previo a la declaración de emergencia sanitaria, el equipo de gestión de la Dirección planificó las estrategias asistenciales y definió un protocolo de actuación y contingencia; inició la adquisición de insumos e instaló un comité epidemiológico para la coordinación de la implementación de las actividades de prevención y control durante la pandemia, conformado por la Dirección, un médico infectólogo y una licenciada de Enfermería.

A partir de la declaración de emergencia sanitaria, se “adoptaron medidas de contingencia con el objetivo de disminuir el riesgo de infección por COVID-19 de las personas ingresadas, buscando descender al máximo el ingreso y la circulación de personas en el centro, garantizando al mismo tiempo la normal asistencia y el bienestar de las personas internadas”²⁵ (CEREMOS, 2020: 1).

Diferentes entrevistas realizadas al personal durante la visita evidenciaron que se les había proporcionado una visión conjunta del accionar institucional, protocolos e instrucciones a implementar en referencia a la COVID-19. Se informó que se encontraba en funcionamiento la Comisión Bipartita de Salud Laboral. Asimismo, la institución manifestó que las medidas fueron informadas con antelación a las personas ingresadas, familiares y personal del centro.

En referencia a las pautas de higiene, se evidenció en las áreas monitoreadas la adopción de medidas vinculadas a la higiene respiratoria (exigencia del uso de tapaboca y disponibilidad de estos) e higiene de manos (disponibilidad para pacientes y personal de alcohol en gel, piletas y jabón líquido). En varios lugares existía cartelera relativa a la COVID-19 y las medidas de higiene a adoptar.

Para el personal, se realizaron talleres de capacitación periódicos, para explicar el plan de contingencia elaborado por el centro, datos del coronavirus, el manejo de los pacientes, el tránsito dentro del centro, y sobre la colocación y el desecho de los equipos de protección personal, sobre todo con el personal seleccionado para trabajar con los pacientes respiratorios.

En función a las recomendaciones, plantearon que los equipos de referencia y asistenciales de cada pabellón se mantuvieron sin cambios, que contaban con un stock suficiente de materiales higiénicos y de protección para funcionarios.

Asimismo, se evidenciaba una política central en cuanto al manejo de desechos ante la COVID-19 en la presencia en todos los espacios auditados de papeleras para el desecho de material biológico contaminado (señalizadas y con bolsas rojas).

25 Respuesta de la Dirección de CEREMOS de fecha 31 de marzo de 2020 al Oficio n.º 607/2020 del MNP.



Disponibilidad de insumos para higiene de manos y desecho de material biológico contaminado. Puerta de entrada CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Visitantes

La institución buscó limitar al máximo el acceso y la circulación de personas en el centro. Para esto se suspendieron las visitas de familiares y los paseos programados. Según informó la Dirección: “Estas medidas fueron comunicadas vía telefónica a todos los familiares de personas ingresadas en CEREMOS, también fueron comunicadas y contaron con el apoyo del Grupo de Familiares y Amigos de las Personas ingresadas en CEREMOS”.²⁶ Como medida alternativa, se procuró el fortalecimiento de la comunicación telefónica entre las personas internadas y sus familiares.

Asimismo, con el mismo objetivo de limitar la circulación de personal en el predio, se suspendió la feria que realiza venta de alimentos y objetos varios. La Dirección señaló que la medida fue comunicada con antelación a las personas internadas y al personal, explicando los motivos y su carácter excepcional y transitorio.

26 Respuesta de la Dirección de CEREMOS de fecha 31 de marzo de 2020 al Oficio n.º 607/2020 del MNP.

Al momento de la visita, se constató la realización de un triage a todos los visitantes en la puerta de acceso al establecimiento, implementado por el personal de vigilancia. Este consistía en un cuestionario breve en el cual se indagaba sobre datos personales e institucionales, motivos de ingreso, signos y síntomas de infección respiratoria o riesgo significativo de exposición a la COVID-19 (fiebre, síntomas respiratorios, exposición a persona con COVID-19 positivo conocido, procedencia de países afectados, etc.). A su vez, el personal de vigilancia refirió sobre el uso de tapabocas.

La instancia de triage funcionaba a efectos de: a) limitar el ingreso de personas externas a la institución como medida de protección de los y las pacientes internados en el establecimiento; b) garantizar la continuidad de atención de pacientes externos que consultan en puerta o llegan derivados de otros establecimientos; c) implementar circuitos diferenciados de atención en el centro. Para ello, se definieron dos rutas diferentes para la atención de pacientes, según presentaran o no síntomas respiratorios u otros riesgos relacionados a la infección por coronavirus.

Durante la visita se pudo constatar la escasa circulación de personas por el predio, restringida casi exclusivamente al personal del centro, lo cual contrastaba con el funcionamiento habitual prepandemia.

Circuitos diferenciados de atención a pacientes externos

Una vez implementado el triage en puerta de entrada, aquellos pacientes externos que consultaban presentando signos o síntomas respiratorios o sospechosos de infección de COVID-19 eran derivados a un consultorio establecido en la misma puerta para tal fin (antigua garita de vigilancia ubicada a la izquierda de la puerta de entrada).

En los casos sospechosos, en función a la evaluación clínica realizada se indicaba aislamiento en domicilio o traslado a otro centro de ASSE, según lo establecido en las directivas *Forma de proceder según lo informado por Departamento de Vigilancia en Salud del MSP (DEVISA) ante caso sospechoso de COVID-19*.²⁷ Las directivas subrayaban la disposición de no dar ingreso a CEREMOS. En ambos casos se procedía a realizar la denuncia epidemiológica a DEVISA del MSP como caso sospechoso y se daba aviso al equipo de referentes epidemiológicos de la institución.

27 CEREMOS, ASSE. 27 de marzo de 2020. *Nuevas directivas. Formas de proceder según lo informado por DEVISA ante caso sospechoso de COVID-19*, documento anexo por la Dirección de CEREMOS en la respuesta de fecha 31 de marzo de 2020 al Oficio n.º 607/2020 del MNP.

Las instalaciones del consultorio tenían disponibles en su exterior una pileta con agua corriente, jabón líquido, alcohol en gel y papeleras para el desecho de residuos biológicos identificadas correctamente (con bolsas rojas y etiquetas exteriores).



Vista externa del consultorio destinado a pacientes sin signos ni síntomas respiratorios. Puerta de entrada CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Al interior del consultorio se contaba con un escritorio, computadora, sillas y placares. No se contaba con camilla. Se evidenció la disponibilidad de EPP, alcohol en gel y papeleras. La habitación lucía higienizada y ordenada, a la vez que contaba con buena iluminación y ventilación. Durante la visita no se encontraron pacientes en este sector.

Por otra parte, aquellos pacientes externos que consultaban por signos y síntomas, u otros motivos no incluidos en el grupo anterior eran atendidos, según indicó el personal, en un consultorio instalado próximo a la puerta de acceso (a la derecha) en un ómnibus reciclado. El acondicionamiento del ómnibus lucía nuevo, agradable e higienizado. Tenía buena iluminación y ventilación.



Vista externa del consultorio destinado a pacientes sin signos ni síntomas respiratorios. Puerta de entrada CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Contaba con un escritorio, computadora, asientos y camilla. La camilla estaba ubicada en el extremo del ómnibus y contaba con cortinas a efectos de brindar intimidad al paciente. En el consultorio había disponibilidad de EPP, alcohol en gel, papel para camillas y papeleras para el desecho de material biológico contaminado (etiquetadas y con bolsas rojas).



Vista interna del consultorio destinado a pacientes sin signos ni síntomas respiratorios, donde se permite mantener la privacidad de la consulta. Puerta de entrada CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

El acceso al consultorio tenía algunos escalones, lo cual puede constituir una barrera para pacientes con dificultades de movilidad física. Al inicio de la visita se encontraban algunos pacientes en este sector.

Atención de emergencia

La emergencia se encontraba en funcionamiento para los pacientes internos exclusivamente. Los pacientes externos eran derivados a otros servicios de ASSE. Según se informó en entrevistas al personal, en el período en el cual estuvo cerrada la emergencia y la internación en el Hospital Vilardebó, llegaron muchos pacientes con derivación judicial para la internación en el servicio, lo cual fue negado por prohibición legal (Ley de Salud Mental).



Máscaras de protección facial. Emergencia CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

El personal de emergencia señaló que había sido informado sobre los protocolos del establecimiento para la COVID-19 y contaban con los insumos para su implementación, en particular, tenían disponibilidad de equipos de protección personal (pantalla facial, batas, tapabocas y guantes). Todo el sector lucía higienizado, ordenado y se evidenciaba la disposición de medidas de prevención frente a la COVID-19 (cartelería, promoción del uso de tapabocas, etc.).

Al momento de la visita, se encontraban dos pacientes internados. En un caso se trataba de una mujer con infección por *clostridium*, ubicada en una habitación individual de aislamiento. Según se observó e informó el personal, las condiciones del aislamiento eran adecuadas y se contaba con EPP para la realización de la atención.



Habitación de aislamiento individual. Emergencia CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Posteriormente, en entrevista realizada el 11 de junio al equipo técnico de CEREMOS, se comunicó que la paciente continuaba en aislamiento en la emergencia con buena evolución. Se informó de la realización de un seguimiento de los pacientes del pabellón de procedencia, sin identificar sintomatología similar en otros pacientes. A su vez, se señaló la adopción de medidas de higiene en el pabellón, emergencia y en la ambulancia de traslado. El establecimiento consultó sobre la necesidad de notificación del caso y el MSP informó que no era necesaria la denuncia epidemiológica, no obstante, procedía remitir el relato del caso.

Atención en policlínica

Al momento de la visita, la policlínica no recibía pacientes externos. La atención de estos se realizaba en la modalidad de telemedicina y este mecanismo funcionaba apropiadamente, según relató el personal del área. Las consultas internas estaban limitadas a la atención de fisiatría.

Por otra parte, a fin de dar continuidad a la atención de pacientes externos se descentralizaron los servicios de policlínica a los consultorios de la RAP-ASSE de los departamentos de San José, Canelones y Florida.

Para la atención de pacientes internos, se mantuvo la continuidad de las consultas y los controles de psiquiatría, que seguía asistiendo en cada una de las salas. Por otra parte, en los primeros meses de emergencia sanitaria las sesiones de terapia electroconvulsiva fueron suspendidas, excepto en situaciones de urgencia.²⁸

5.2.2. Respuesta

La institución cuenta con un *Protocolo para casos sospechosos (usuarios CEREMOS)*, en el cual se establece el flujograma de atención. Se acondicionó la antigua Unidad Médico Quirúrgica (UMQ) como sector de aislamiento, con 12 plazas para los casos sospechosos y 12 plazas para los casos confirmados. Solo se asistirán los casos catalogados como verdes, los amarillos y rojos²⁹ se iban a trasladar a hospitales generales previa coordinación. Hasta el 22 de abril no se había utilizado este sector, ya que no habían tenido casos sospechosos ni positivos en el centro.

Detección precoz

El MSP realizó pruebas diagnósticas para la detección de infección por COVID-19 a todo el personal del establecimiento con resultados negativos.

En el caso de pacientes, solo se realizaron pruebas a aquellos que presentaron signos o síntomas de infección respiratoria o riesgo significativo de exposición a la COVID-19, con resultados negativos en su totalidad. Estos pacientes, 10-14 aproximadamente, estuvieron en cuarentena en el área destinada al aislamiento hasta conocer los resultados de las pruebas.

Al momento de la visita, el laboratorio (ubicado en el Centro) recibió los insumos médicos (hisopos) para la realización de las pruebas diagnósticas

28 Mediante la comunicación mantenida el 22 de abril con Dirección, se nos informó que hasta el momento no se había realizado ninguna sesión de terapia electroconvulsiva.

29 Según diagrama de flujo de trabajo para la atención de la COVID-19 del MSP. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/flujo-trabajo-covid-19>>.

de COVID-19, con lo cual estarían en condiciones de realizarlas en el propio establecimiento, según señaló el personal del área.

En comunicación telefónica con la Dirección realizada el 11 de junio de 2020, se informó que aún no se habían realizado nuevos hisopados al personal de atención ni tampoco a pacientes. Por lo que se encontraban discutiendo la modalidad para su realización (aleatoria o a la totalidad de los pacientes).



Kit para recolección de muestras (hisopados), laboratorio CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Área de aislamiento

El área destinada a las medidas de cuarentena y aislamiento por COVID-19 se encontraba cerrada al momento de la visita, dado que no había pacientes sospechosos ni diagnosticados.

En todos los sectores del área de aislamiento podían identificarse la cartelería y el rotulado de contenedores, disponibilidad de EPP, alcohol en gel y papeleras para el desecho de material biológico contaminado (etiquetadas y con bolsas rojas). El EPP disponible en enfermería incluía guantes, tapabocas, batas y pantalla facial. Prevalcía en el lugar el aspecto ordenado e higienizado.



Equipo de protección personal. Enfermería del área de aislamiento. CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

En términos globales, la infraestructura del lugar se encontraba en buenas condiciones, sin humedades, recientemente pintado y acondicionado. El mobiliario, si bien en su mayor parte no era nuevo, se encontraba en buenas condiciones, sin roturas ni deterioros visibles. El edificio tenía iluminación natural y posibilidades de ventilación natural (grandes ventanas y espacios con un importante volumen de aire dada la altura de los techos y la amplitud del lugar). También había iluminación artificial en todas las áreas y en apariencia en buenas condiciones. Existían aparatos de calefacción por aire acondicionado en algunas habitaciones.

El área estaba constituida por varios sectores ubicados uno a continuación del otro desde la puerta de ingreso habilitada. Al ingresar al local, se evidenció la implementación de rutas de circulación bien identificadas, así como cartelera indicativa de áreas, descripción de procedimientos, etc.

Al ingreso se encontraba un área destinada a la preparación del personal, con vestuarios para colocación del EPP, los cuales estaban diferenciados al ingreso y egreso del sector. También aquí se encontraba el área de descanso, cocina y escritorio del personal.



A la izquierda, señalización de la circulación dentro del área. A la derecha, sector destinado a pacientes con sospecha de COVID-19. CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

A continuación, se encontraba un sector destinado a los pacientes en cuarentena por sospecha de COVID-19 con un total de 10 camas. El sector se encontraba en buenas condiciones edilicias (bien iluminado, sin humedades, pintado recientemente) y de higiene. Se habían instalado tabiques parciales (cada dos camas) para dar mayor intimidad a los pacientes y se contaba con aire acondicionado. Las camas y la ropa de cama se encontraban en buenas condiciones y prontas para su uso.

En un área central se encontraba la cocina, el comedor y los baños destinados a los pacientes. La puerta de acceso a los baños estaba separada por una mampara del área de comedor. Los baños tenían un sector de duchas (abiertas y con mamparas móviles para preservar la intimidad), casetas con inodoros individuales (con puertas) y piletas. Las instalaciones estaban en buenas condiciones.



Baños, sector de aislamiento CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

Finalmente se encontraba una sala en la cual se dispuso al inicio un área de enfermería, un área de reanimación y luego un área de internación para pacientes COVID-19 confirmados.



Sector de aislamiento. A la izquierda área de reanimación. A la derecha área de internación de pacientes COVID-19 confirmados. CEREMOS, ASSE. Fecha de captura: 1/6/2020. Registro fotográfico: Equipo MNP, 2020.

La enfermería contaba con un área para preparación de medicación y un área para el descarte de residuos, diferenciadas, en la que se encontraban disponibles los EPP. En este sector estaban dispuestas 10 camas acondicionadas para recibir pacientes COVID-19.

5.2.3. Situación de las personas internadas en el contexto de la COVID-19

Pabellones 5 y 10 del Sector Etchepare

Al ingreso de los pabellones no se observaron alfombras de amonio cuaternario recomendadas para la desinfección del calzado, si bien en comunicación posterior con la Dirección del centro se informó que las alfombras habían sido colocadas. El personal entrevistado refirió que se realizaron hisopados al personal de salud, obteniendo en su totalidad resultados negativos. No se realizaron hisopados en los pacientes.

En el pabellón 5 se encontraban alojadas 34 personas y 22 en el pabellón 10. Cinco de los pacientes del pabellón 5 presentaban situaciones de dependencia, requiriendo de la asistencia del personal de la sala para poder realizar las actividades cotidianas básicas.

De las entrevistas realizadas se desprendió que el número de funcionarios de asistencia era de 3 licenciadas en enfermería más 2 auxiliares de enfermería y un médico general para el pabellón 5, y de 4 licenciadas en enfermería y 2 auxiliares de enfermería para el pabellón 10.

Se contaba con 2 a 3 auxiliares de servicio para todas las instalaciones, por lo cual la limpieza de las salas se realizaba esporádicamente. Cada uno de los pabellones tenía asignado un psiquiatra, los cuales asistían 2 o 3 veces a la semana, consultas que no se vieron suspendidas por la pandemia de COVID-19.

La sala 10 no contaba con médico general desde hacía 5 o 6 meses, por lo cual se debía recurrir al médico de guardia de la emergencia, quien concurría a requerimiento del personal de enfermería ante una situación puntual de algún paciente. Cabe destacar, que durante este período se informaron de cuatro fallecimientos de pacientes internados por complicación de sus patologías crónicas.

En respuesta a las recomendaciones del MNP, se evidenciaron algunas reparaciones edilicias, aunque la situación estructural de estos espacios impidió que dichas mejoras resulten un avance significativo en las condiciones de vida de los pacientes.

Algunos de estos problemas estructurales se han visto agravados por encontrarse en un proceso de reformas de obra desde hace más de un año; el cual se encontraba suspendido por las medidas adoptadas ante la pandemia de COVID-19. Los baños presentaban una instalación precaria de suminis-

tro de agua y escasa intimidad en el acceso a las duchas e inodoros, en donde, además, se observaron algunas filtraciones de agua en el techo.

Tanto el personal de salud como los pacientes refirieron que la comida era buena, variada y suficiente. Los insumos de higiene eran escasos, racionados y complementados con los proporcionados por algunos familiares de las personas internadas.

5.3. CONCLUSIONES

El establecimiento ha adoptado medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19, existiendo condiciones sanitarias básicas y necesarias para la correcta atención en salud.

Hasta la fecha de cierre del informe, 21 de agosto de 2020, CEREMOS no ha registrado casos positivos para COVID-19.

“Se destaca el manejo con los usuarios, en donde se realiza la clasificación y separación de aquellos pacientes que presentan síntomas y signos respiratorios y que por tanto son *a priori* sospechosos de infección respiratoria de aquellos pacientes que son asintomáticos, tanto pacientes externos ambulatorios como aquellos pacientes institucionalizados. Esto es de suma importancia teniendo en cuenta que hasta el momento de la visita, la colonia no presentaba pacientes sospechosos o positivos para SARS-CoV-2.”³⁰

La infraestructura de las salas 5 y 10 era precaria, situación que se vio agravada por el prolongado período de reformas de obra en el edificio, la cual se encontraba suspendida al momento de la visita. También se constató carencia de materiales de higiene personal y ambiental, así como falta de personal de atención en salud. No obstante ello, se observó un buen relacionamiento entre el personal de asistencia y los pacientes.

30 Informe técnico del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses, elaborado a partir de la visita realizada a CEREMOS, el 1 de junio de 2020.

6. Servicio de internación psiquiátrica del Sector D - Módulo 12, Unidad 4 - Santiago Vázquez: implementación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia por COVID-19

6.1. PANORAMA

La Unidad 4 tenía una población de 3.432 personas privadas de libertad al día 8 de julio de 2020, de las cuales 395 estaban con medidas preventivas, en un lugar con 330 plazas.³¹ La organización de la Unidad se dividía en los siguientes sectores: 4A-Medidas Preventivas (antes Módulo 8), 4B-Medidas de Seguridad (antes Módulos 10 y 11), 4C (antes Módulos 4 y 5), 4D (antes Módulos 3 y 2), 4E-Polo Industrial (Módulos 6, 7 y 9). El Módulo 12 estaba compuesto por cuatro sectores: sector A, donde se alojaban personas privadas de libertad derivadas por problemas interpersonales; sector B y C, que alberga a personas privadas de libertad con tuberculosis y sector D, destinado a personas privadas de libertad con episodios de sufrimiento mental agudo. Dentro de la organización general de la Unidad, no se encontraba incluido el Módulo 12. En particular, el SD-M12 funcionaba bajo la órbita del Hospital Vilardebó y SAI-PPL, pertenecientes a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

El día 11 de marzo de 2020 el MNP realizó una visita no anunciada al SD-M12, previa a la declaración de emergencia sanitaria, durante la cual se efectuaron entrevistas al personal de salud presente, indagando específicamente sobre las directivas y condiciones de respuesta frente a un posible brote epidémico de coronavirus en el país y específicamente en la Unidad.

31 Información brindada por personal de dirección de la Unidad 4 en la visita realizada el 8 de julio de 2020.

A partir de la emergencia, el MNP emitió el Oficio n.º 605/MNP, el 20 de marzo de 2020, dirigido a autoridades del INR, SAI-PPL y el MSP, en el que se realizaban recomendaciones relacionadas con la pandemia de coronavirus y se solicitaba información referida al tema y a la población en situación de encierro de las diferentes unidades penitenciarias. Se mantuvieron entrevistas telefónicas con el personal del sector y se llevó a cabo una reunión con las autoridades de SAI-PPL, con el objetivo de conocer la situación del área y las medidas adoptadas.

Los días 8 y 21 de julio se realizaron nuevas visitas al SD-M12 con el objetivo de dar seguimiento a la situación y conocer las medidas preventivas aplicadas durante la emergencia sanitaria, así como su impacto en el funcionamiento del área de internación psiquiátrica y en los pacientes internados.

6.2. HALLAZGOS DEL MONITOREO

6.2.1. Prevención

Antecedentes

En la visita de monitoreo realizada el 11 de marzo de 2020, dos días antes de la declaración de emergencia sanitaria, que incluyó el SD-M12 y el pre-hospitalario de SAI-PPL, dentro de la Unidad se identificaron los siguientes hallazgos:

- El personal de salud entrevistado refirió que no había recibido directivas institucionales para la gestión de la respuesta a la infección COVID-19 en la Unidad.
- Hasta el momento de la visita no se había realizado ninguna acción preventiva dirigida a la población residente ni general ni específica a quienes presentaban mayor riesgo. Tampoco se había iniciado la planificación local de una respuesta de gestión de un brote epidémico en la Unidad.
- En las condiciones materiales existentes al 11 de marzo, no se contaba con disponibilidad de tapabocas para su entrega a un número importante de personas privadas de libertad.

- La capacidad de atención de la emergencia instalada en la Unidad 4, en consideración del personal entrevistado, era limitada en la cantidad de personas que podían atender en forma simultánea (máximo 4 personas).
- A su vez, era habitual que existieran dificultades para concretar el traslado de pacientes que requirieran intervenciones quirúrgicas o internación en hospitales generales.

Coordinación de acciones

El INR elaboró un *Protocolo de actuación para la prevención del contagio del virus SARS-CoV-2 coronavirus*,³² en el cual se establecieron, a partir del 16 de marzo, los controles generales al ingreso, visitantes, actividades internas, disposiciones para personas privadas de libertad e indicaciones para el personal del establecimiento. Por otra parte, el 15 de marzo de 2020, desde SAI-PPL se actualizó la segunda versión del *Plan de respuesta y contingencia en oportunidad de la infección COVID 19 (SARS-CoV-2)*. Este plan establecía una serie de acciones para alertar, capacitar y difundir información sobre el coronavirus a la población de las unidades, un apartado para las acciones de prevención y evitar la propagación del virus dentro de las unidades y las actuaciones frente a casos sospechosos o confirmados de coronavirus, donde se incluía el listado de los espacios destinados para aislamiento.

En las visitas *in situ* realizadas en julio de 2020, se informó desde la clínica de SAI-PPL que se aplicaba el protocolo establecido por dicho organismo. En el área de internación en salud mental del SD-M12 también se informó del seguimiento del protocolo SAI-PPL. Entre las medidas adoptadas, se requirió el uso de tapabocas por parte de los funcionarios. En el caso del personal de salud los tapabocas son proporcionados por ASSE, mientras que en el caso del personal policial son proporcionados por el INR.

Al inicio de la emergencia sanitaria se realizaron reuniones con los delegados de los módulos para informarles la situación y las medidas a tomar. Según información brindada por la Dirección, las personas privadas de libertad aceptaron las medidas. Asimismo, se elaboraron tapabocas reutilizables para las personas privadas de libertad en el polo industrial. En el SD-M12, en re-

32 Disponible en: <<https://www.minterior.gub.uy/index.php/unicom/noticias/7571-instituto-nacional-de-rehabilitacionemite-protocolo-de-actuacion-ante-el-coronavirus>>.

ferencia a las medidas por COVID-19, el personal señaló que recibieron el protocolo de ASSE/SAI-PPL, el cual podía verse en la cartelería disponible en la enfermería. No obstante, indicaron que este no se implementaba en su totalidad y que hasta ese momento no recibieron capacitaciones sobre la aplicación del protocolo.



Mascarillas. Enfermería. Módulo 12 Sector D. Unidad 4 Santiago Vázquez, INR. Fecha de captura: 8/7/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

En cuanto a la disponibilidad de EPP, relataban que les proporcionaron tapabocas y en alguna oportunidad sábanas descartables. En ningún momento han recibido otro tipo de EPP (sobre túnicas, zapatones, cofia, etc.).

Distanciamiento físico

Según la información recabada, en el área de internación psiquiátrica no se instalaron medidas de distanciamiento físico entre los internos, ni con el personal del establecimiento, ni con las visitas.

Visitantes

La restricción del régimen de visitas a nivel general del establecimiento se limitó a una persona por interno, excluyendo de las visitas a personas mayores de 65 años y menores de 18 años. El régimen de llamadas no tuvo variaciones.

En el caso del SD-M12, se mantuvo el régimen de visitas previo limitado a una persona por interno, en un régimen de dos horas, dos días a la semana.³³ Durante el período de emergencia sanitaria no se adoptaron medidas alternativas a las visitas presenciales (disponibilidad de videollamadas), ni se modificaron las salas de visita para separar a los internos de las personas externas. En la sala de visitas no se evidenciaron condiciones que permitieran preservar el distanciamiento físico.

En las visitas *in situ* realizadas se controlaba la temperatura y exigía el uso del tapaboca. No se efectuaba triage para la detección de sintomatología de infección respiratoria o riesgo significativo de COVID-19.



Piletas para lavado de manos y cartelería sobre uso obligatorio de tapabocas instaladas en la puerta de acceso a la Unidad 4 Santiago Vázquez, INR. Fecha de captura: 8/7/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

33 En respuesta a Oficio n.º 594, el INR adjunta el Comunicado interno n.º 13/2020 del INR fechado el 31 de enero de 2020, referente al Sector D del Módulo 12, en el cual detalla el régimen de visitas y “Se dispone, previa coordinación con el personal de SAI-PPL que los días miércoles y viernes de la hora 10:00 a la hora 12:00 será la visita para dicho sector”.

Como medidas generales se instalaron piletas con jabón en la puerta de acceso principal y en la puerta de los módulos, y se solicitó el lavado de manos. A su vez, existía cartelera indicativa al ingreso señalando: “Se prohíbe el ingreso a la Unidad sin tapabocas”.

6.2.2. Respuesta

Detección precoz

La detección y cuarentena de casos sospechosos de COVID-19, así como el aislamiento y tratamiento de los casos confirmados constituyen estrategias centrales para el control de la epidemia.

Detección de casos en personas privadas de libertad

En el caso de las personas privadas de libertad, el procedimiento de gestión de casos implicaba que, cuando un interno presentaba sintomatología respiratoria y era considerado un caso sospechoso por el personal de salud, se le solicitaba un hisopado. A su vez, se aislaba a la persona sospechosa de COVID-19 en el Módulo 2, en un sector, y al resto de los compañeros de celda en otro sector de dicho módulo, hasta descartar la sospecha. No se adoptaron medidas genéricas de detección precoz de casos (medición de temperatura, búsqueda de personas que presentaran sintomatología respiratoria en módulos, etc.).



Información sobre COVID-19 en el área de Enfermería. Módulo 12 Sector D. Unidad 4 Santiago Vázquez, INR. Fecha de captura: 8/7/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

En el SD-M12 se informó del caso de un paciente proveniente del Hospital Vilardebó con indicación de hisopado para la detección de COVID-19 previo al ingreso a sala. No obstante, el retraso en concretar la toma de muestras significó que se ingresara el paciente sin contar con el resultado, a fin de brindarle atención. Finalmente, el resultado del test fue negativo.

Detección en el personal

En el caso del personal del establecimiento, se detectó que se realizaron hisopados únicamente frente al seguimiento de un vector epidemiológico de COVID-19 de un funcionario de la guardia perimetral que provenía de Rivera, en el momento del brote epidémico en ese departamento. Este funcionario resultó negativo. Del resto solo se identificó un caso positivo no relacionado con dicho vector.

Asimismo, fueron hisopados algunos funcionarios de SAI-PPL que también trabajaban en el Hospital Vilardebó durante el brote epidemiológico en esa institución. El resto del personal de la institución no fue hisopado en ningún momento.

Circuitos diferenciales de atención



Área de atención destinada a pacientes con síntomas respiratorios como medida preventiva frente a la COVID-19. Policlínico, SAI-PPL, ASSE. Unidad 4 Santiago Vázquez, INR. Fecha de captura: 8/7/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

Entre las medidas adoptadas en el sector de atención de la policlínica de SAI-PPL, se instrumentó un consultorio para pacientes con síntomas respiratorios diferenciando la atención. A su vez, se limitó la atención a la presencia de cinco personas privadas de libertad máximo en forma simultánea en el centro de salud. Toda persona que refiriera problemas respiratorios debía salir del módulo con tapabocas.

Área de aislamiento

Se destinó el Módulo 2 (un barracón sin celdas) para el aislamiento de personas sospechosas de COVID-19, disponiéndose de un área de aislamiento para los casos sospechosos y otro sector de cuarentena para los contactos, esto es, los compañeros de celda.

Desde la Dirección se señaló que hasta el momento (8 de julio de 2020) no había casos positivos entre las personas privadas de libertad. Solo se realizó el hisopado a casos sospechosos.

Basado en los protocolos establecidos y en los costos de las pruebas, el procedimiento determinaba hacer el test para la detección del SARS-CoV-2 al caso sospechoso, y en caso de dar positivo, su realización al resto de los contactos. La persona con sospecha de infección y todos sus compañeros de celda debían permanecer en el Módulo 2 hasta contar con el resultado del test. Cabe señalar que al inicio de la pandemia había una demora de 4 o 5 días para obtener los resultados, pero posteriormente el tiempo de demora se redujo de 24 a 48 horas.

En nuevos ingresos, se realizaba una valoración, indicándose el aislamiento en el Módulo 2 en caso de presentarse síntomas respiratorios, de lo contrario la persona era conducida directamente al Módulo correspondiente.

Al momento de la visita del 8 de julio, no había casos sospechosos ni vinculados a COVID-19 y se encontraban alojadas en el Módulo 2 19 personas provenientes del Módulo 3, lo cual implicaba que se iniciaba el proceso de realojo de personas de otros módulos evaluadas en función de su comportamiento.

6.2.3. Situación de las personas internadas en el contexto de la COVID-19

En informes previos referidos al SD-M12, el MNP ha planteado de manera detallada las deficiencias edilicias y barreras arquitectónicas que presentan las instalaciones del Módulo 12 para personas con situaciones de sufrimiento mental.

La capacidad del SD-M12 era de 12 plazas, encontrándose 7 personas internas al momento de las visitas (8 y 21 de julio de 2020). El personal de enfermería relató que hubo poco movimiento de pacientes durante la emergencia. Se habían realizado aproximadamente 5 egresos, coordinados con la Dirección Nacional de Apoyo al Liberado (DINALI, ex Patronato) del Ministerio del Interior.

Los pacientes no tenían ningún tipo de actividad en el sector ni fuera del área,³⁴ lo cual era una situación preexistente a la pandemia.

Respecto de la situación de los internos, se relevó un incremento en la frecuencia o gravedad de las autolesiones, intentos de autoeliminación (IAE) y conflictos interpersonales, según fue señalado por el personal de enfermería y policial. La conducta más agresiva fue señalada, con la existencia por primera vez de “puntas o cortes carcelarios”,³⁵ relaciones de sometimiento y promoción de autolesiones entre los internos, entre otras. Los pacientes y el personal de enfermería observaron que el clima de mayor violencia ocurrió en razón de la presencia de algunos pacientes considerados “conflictivos”, que luego fueron trasladados.

Esta realidad es acorde a las llamadas “lógicas carcelarias” que producen y reproducen situaciones de violencia interpersonal entre los internos y hacia el personal de salud. Asimismo, el personal de enfermería manifestó que esto había afectado la relación y el trato que mantenían con los internos alojados en el SD-M12, ya que, al presentarse este tipo de conductas, sumado al escaso personal (enfermería y efectivos policiales), dejaron de ingresar al celdario por razones de seguridad, salvo para la atención de urgencia en un IAE o para la aplicación de medidas de contención. En estos casos se accedía con custodia policial; excepcionalmente, cuando esta no se encontraba disponible, afirmaron que se ingresaba “a riesgo de su propia vida”. Luego de los IAE

34 Fundado en que “son pacientes” y están en un área de internación, no tenían tampoco acceso a las actividades que funcionaban fuera del Sector D para el resto de las personas privadas de libertad en la Unidad 4.

35 “Puntas” o “cortes carcelarios” refiere a armas blancas elaboradas artesanalmente por las personas privadas de libertad.

no hubo una valoración médica o psiquiátrica inmediata, sino que desde la enfermería se valoraba la pertinencia de hacer la consulta.

El personal señaló no contar con la capacitación suficiente para atender enfrentamientos interpersonales de carácter violento que trascienden situaciones vinculadas a padecimientos mentales. Apreciándose un señalamiento recurrente de dos categorías de pacientes, los “pacientes, pacientes” referidos a su condición de sufrimiento mental en primer lugar, y aquellos que eran personas privadas de libertad con conductas más violentas entre internos y de autoagresión (que incitaban a otros internos a autolesionarse).

Respecto a las requisas realizadas en el mes de junio en toda la Unidad penitenciaria, surgió de los relatos que desde la Dirección de la Unidad 4 se exigió que los pacientes permanecieran encerrados en sus celdas durante las tres horas que duró el procedimiento, por lo cual los pacientes estuvieron muy alterados, golpeando puertas y exigiendo que fueran abiertas. No obstante, la requisas no alcanzó al SD-M12, en la medida que este sector no integraba el organigrama general de la Unidad 4. Las requisas en el sector debían ser indicadas por el médico y, en los hechos, su coordinación era dificultosa según surgió de la evidencia recabada.

Medidas de contención



Medidas de contención. Enfermería. Módulo 12 Sector D. Unidad 4 Santiago Vázquez, INR. Fecha de captura: 8/7/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

El incremento de los IAE y autoagresiones ha significado un aumento en la utilización de las medidas de contención física, que comenzaron a implementarse a partir del mes de abril, momento en que las camas fueron adaptadas para su utilización. Las correas disponibles para la aplicación de medidas físicas eran demasiado cortas y fue necesario unir las entre sí con candados para aplicarlas a la cintura. Las medidas de muñequeras y tobilleras no se aplicaban por requerir cordones que, en este caso, en el cual no contaban con una supervisión directa, resultaban en sí de riesgo para IAE. La aplicación de las medidas se realizaba en presencia policial, sobre todo para resguardar la seguridad del personal de enfermería.

La supervisión de las medidas de contención era insuficiente. No contaban con cámaras en funcionamiento para monitorearlas en forma continua desde la enfermería, ni con personal de seguridad por un tiempo prolongado que permitiera que el personal de salud pudiera estar presente físicamente en la celda. De este modo, entraban cada cierto tiempo a realizar controles. Lo habitual era que la supervisión, cuando se empleaban medidas de contención, se realizara solo en aquellos casos considerados más complejos o en los cuales los pacientes pudieran generarse daño. En el caso de las medidas farmacológicas, si el riesgo evaluado era muy alto, los pacientes eran trasladados al área médica.

En las visitas del 8 y 21 de julio, el sistema de cámaras de seguridad no funcionaba desde hacía varios meses, lo cual también había sido constatado en una visita anterior realizada en el mes de marzo.

Atención en salud

La atención en salud mental se encontraba a cargo de un médico psiquiatra, quien visitaba el módulo cada 15 días, y una psicóloga, quien dada la emergencia sanitaria no asistía en forma presencial, manteniendo las consultas en forma telefónica. Ambos profesionales, así como el personal de enfermería dependen de SAI-PPL. La atención de psiquiatría y psicología se realizaba en un consultorio independiente en el Módulo 12, en ocasiones también se utilizaba el área de comedor del SD-M12.

Los controles por medicina general eran realizados semanalmente, por una doctora que concurría al módulo; la consulta se llevaba a cabo en el mismo consultorio que la atención en salud mental. Al momento de la visita del 7 de julio la profesional se encontraba certificada, por lo que, de requerirse asistencia, se brindaba en el centro de salud de la Unidad.



Consultorio. Módulo 12 Sector D. Unidad 4 Santiago Vázquez, INR. Fecha de captura: 8/7/2020. Registro fotográfico: Equipo del MNP, 2020.

El personal de enfermería manifestó sentirse desbordado y poco respaldado frente a situaciones críticas de violencia entre internos, IAE y autoagresiones, las cuales se habían vuelto cotidianas. Múltiples fueron los factores que se identificaron en la base de esta situación: escasez de personal (cerca de la mitad del funcionariado estaba certificado al momento de la visita), percepción de inseguridad personal, insuficiente apoyo policial (el cual no estaba asignado en forma permanente al sector) e incomodidad con las condiciones en que realizaban la atención (los dispositivos para la vigilancia de los pacientes no funcionaban, los pacientes carecían de actividades, cambio en la relación enfermería-paciente como base de la atención y cuidado de enfermería, etc.). En varias ocasiones se señaló un cambio en la función desempeñada, que podría traducirse en dejar de ser enfermeros/as para transformarse en “llaveros”, situación que se ha presentado y profundizado desde el traslado del servicio a la Unidad 4. Al respecto se mencionó que las tareas de enfermería se vieron limitadas básicamente a la entrega de medicación y alimentos y a la vigilancia.

6.3. CONCLUSIONES

La Unidad 4 adoptó medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19. A su vez, se disponía de instalaciones específicas para cuarentena y aislamiento de pacientes sospechosos o confirmados para COVID-19. Hasta la fecha de cierre del informe, 21 de agosto de 2020, no se han registrado casos positivos para COVID-19 entre internos.

En lo que refiere específicamente a la SD-M12, si bien se notificó de la realización de sesiones informativas sobre las medidas a adoptar frente a la COVID-19, no ha existido un seguimiento de su cumplimiento ni una comunicación continua con el personal. Son de observar las dificultades presentadas en el manejo de un caso sospechoso, ingresado al sector sin contar con el resultado negativo del hisopado para COVID-19, dadas las demoras en el proceso de diagnóstico y la urgencia de su ingreso para brindar atención psíquica.

A su vez, se constató un incremento de la tensión entre las tareas de seguridad, que adquirieron un primer plano con el realojo en el Sector D, y las funciones vinculadas a la atención de la cotidianeidad y a la salud mental de las personas.

El MNP ha observado que la lógica carcelaria se fue imponiendo progresivamente a la lógica de la convivencia, acrecentándose en los últimos seis meses los episodios de lesiones autoinfligidas e IAE, así como situaciones de violencia entre los pacientes, incluida la presencia de “cortes carcelarios”. Al respecto, el MNP advierte sobre la necesidad de instrumentar urgentemente todos aquellos mecanismos que minimicen los riesgos de malos tratos y violencia institucional.

Esto significa realizar las reparaciones indispensables de cámaras de vigilancia, teléfono, duchas y cualquier otra instalación que asegure la integridad física de los pacientes, y proveer el personal suficiente para atender las tareas de apertura y cierre de celdas, mantenimiento de higiene e instalaciones, enfermería y profesionales del área médica y psicosocial.

Implica, asimismo, establecer las coordinaciones básicas entre el personal dependiente de INR y de ASSE-SAI-PPL, definiendo una hoja de ruta y roles a desempeñar de manera complementaria, así como la elaboración de un plan de trabajo que atienda a los derechos a la salud física y mental, educación, recreación, trabajo, acceso a la justicia y vínculos familiares de las personas que en la privación de libertad transitan por crisis emocionales agudas.

7. Reflexiones finales

En atención a las recomendaciones formuladas por el MNP a los establecimientos, se observa:

Los tres lugares analizados en este informe definieron lineamientos específicos para la adopción de medidas de prevención, control y manejo de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en el marco del encierro.

El Hospital Vilardebó y CEREMOS realizaron instancias informativas a fin de orientar al conjunto del personal sobre las medidas a adoptar con relación a la COVID-19. En referencia al SD-M12, el personal fue informado del *Plan de respuesta y contingencia en oportunidad de la infección COVID-19 (SARS-CoV-2)* de SAI-PPL por vías administrativas, sin contar con instancias personalizadas de intercambio sobre su cumplimiento en el contexto particular del sector.

Los tres establecimientos generaron algún mecanismo por el cual se informó a pacientes y familiares sobre las medidas de prevención frente a la COVID-19 establecidas por la institución.

En referencia a las condiciones materiales disponibles para la implementación de protocolos y estrategias de atención equivalentes a las planificadas para la población general, el Hospital Vilardebó y CEREMOS contaban con acceso a insumos de limpieza y desinfección, disponibilidad de EPP especializado para el personal de salud, así como áreas individualizadas para la atención de pacientes según sintomatología y espacios físicos destinados para las medidas de cuarentena o aislamiento. En el caso del SD-M12 existía disponibilidad de tapaboca y en el marco de la Unidad 4 se contaba con áreas destinadas a aislamiento y cuarentena de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.

En cuanto a la continuidad de la atención, el Hospital Vilardebó debió reducir drásticamente la disponibilidad de servicios destinados a pacientes externos mientras duró el brote epidémico en el centro. No obstante, una vez finalizado este período y al no tener pacientes sospechosos ni confirmados por COVID-19, reintegró paulatinamente la atención de los servicios.

Más allá de que puede concluirse que los protocolos y medidas de protección implementadas han resultado en general efectivas desde el punto de vista sanitario, el monitoreo específico y focalizado realizado durante este período reafirma las afectaciones negativas que la privación de libertad, reforzada por las medidas adoptadas durante la pandemia, genera en las personas que experimentan el encierro institucional por situaciones vinculadas a padecimientos mentales.

Tanto en las salas 10 y 11 para pacientes judiciales varones del Hospital Vilardebó, como en los Pabellones 5 y 10 de CEREMOS, se profundizaron la ausencia de actividades de rehabilitación, socioeducativas y recreativas, la falta de intercambios con el mundo exterior y las dificultades en el acceso a elementos de uso personal básicos para la dignidad humana.

Por su parte, en el SD-M12 se priorizaron los aspectos securitarios sobre las intervenciones tendientes a la asistencia y convivencia de las personas internadas, intensificándose los episodios de violencia interpersonal, autoagresiones e IAE.

En esta situación de crisis es de destacar la actuación comprometida de la mayoría del personal de asistencia de las referidas instituciones, así como la fortaleza de los pacientes internados ante aún mayores restricciones de su libertad ambulatoria y de otros derechos.

La pandemia produjo también una situación paradójica vinculada al efecto de descompresión de los lugares de encierro en aquellas instituciones donde el ingreso de personas se vio disminuido por la cuarentena.

Esto reafirma las recomendaciones de los organismos internacionales que han abogado por que en tiempos de pandemia se efectivice la excepcionalidad y brevedad de la privación de libertad, que para el caso de las personas que experimentan el encierro en instituciones psiquiátricas significa la desinternación y atención en la comunidad.

Estas acciones, como plantea el ACNUDH, son una de las más adecuadas “medidas antipandemia” (ACNUDH, 2020).

9. Bibliografía

Asociación para la Prevención de la Tortura (2020): “Guía: Monitoreo de los centros de detención durante la pandemia de la COVID-19”. Disponible en: <https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/Guidance%20note_FINAL%20with%20COVER_ES_1.pdf>.

Asociación para la Prevención de la Tortura (2016): “Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016. El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final”. Disponible en: <<https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/report-jjg-symposium-2016-es.pdf>>.

MNP Uruguay (2020): “Ante la pandemia COVID-19 El Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura llama a adoptar medidas urgentes para las personas en situación de encierro”. Disponible en: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Personas%20en%20situacion%20de%20encierro_Declaracion%20pandemia%20COVID_260320.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2020): “Interim Guidance - Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, 15 de marzo de 2020”. Disponible en: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?ua=1>.

Organización Mundial de la Salud (2020): “Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales, 21 de marzo de 2020”. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf>.

Subcomité de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (2020): “Pautas del Subcomité para los Estados partes y los mecanismos nacionales de prevención en relación con la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)”, 7 de abril de 2020. Disponible en: <<https://undocs.org/es/CAT/OP/10>>.

Subcomité de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (2020): “Recomendaciones del Subcomité de Prevención de la Tortura a los Estados Partes y Mecanismos Nacionales de Prevención relacionados con la pandemia de Coronavirus (adoptado el 25 de marzo de 2020)”. (CAT/

OP/10). Disponible en: <<https://oacnudh.hn/recomendaciones-del-subcomite-de-prevencion-de-la-tortura-a-los-estados-partes-y-mecanismos-nacionales-de-prevencion-relacionados-con-la-pandemia-de-coronavirus-adoptado-el-25-de-marzo-de-2020/>>.

10. Glosario

APT	Asociación para la Prevención de la Tortura
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
CEREMOS	Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud
DINALI	Dirección Nacional de Apoyo al Liberado
EPP	Equipo de protección personal
IAE	Intento de autoeliminación
INDDHH	Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
MNP	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, Inhumanos o Degradantes
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPCAT	Protocolo Facultativo a la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAP	Red de Atención del Primer Nivel
SAI-PPL	Sistema de Atención Integral - Personas Privadas de Libertad
SD-M12	Sector D, Módulo 12, Unidad penitenciaria 4, Santiago Vázquez
SPT	Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, Inhumanos o Degradantes
UMQ	Unidad Médico Quirúrgica

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), creada por Ley 18.446 del 24 de diciembre de 2008, es un órgano estatal autónomo cuyo cometido es la defensa, promoción y protección, en toda su extensión, de los derechos humanos reconocidos por la Constitución de la República y el derecho internacional.

La Ley 18.446 asignó a la INDDHH las funciones del Mecanismo Nacional de Prevención, al que se refiere el Protocolo Facultativo de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), tratado internacional del que la República es parte.

