

SEMINARIO DE CIERRE

PROYECTO DE EXTENSIÓN Y DDHH MUERTES BAJO CUSTODIA EN EL SISTEMA CARCELARIO URUGUAYO EN 2021



**COMISIONADO
PARLAMENTARIO
PENITENCIARIO**



**Facultad de
Información y
Comunicación**



**Ciencias
Sociales**



extensión



**UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY**

**30 de Marzo de 2023
Sala Maggiolo - UdelaR**



COMISIONADO
PARLAMENTARIO
PENITENCIARIO



Facultad de
Información y
Comunicación



Ciencias
Sociales



extensión



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Muertes bajo custodia penitenciaria en Uruguay: un abordaje interdisciplinario

Causas y manera de muerte

Ejemplos paradigmáticos

Recomendaciones

Reporte analítico 2021

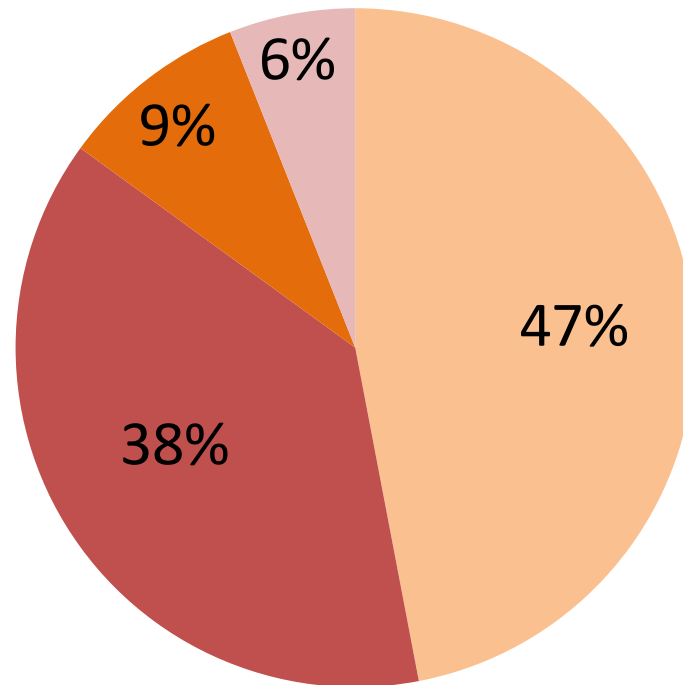


Ocurrieron 86 muertes bajo custodia en el sistema penitenciario

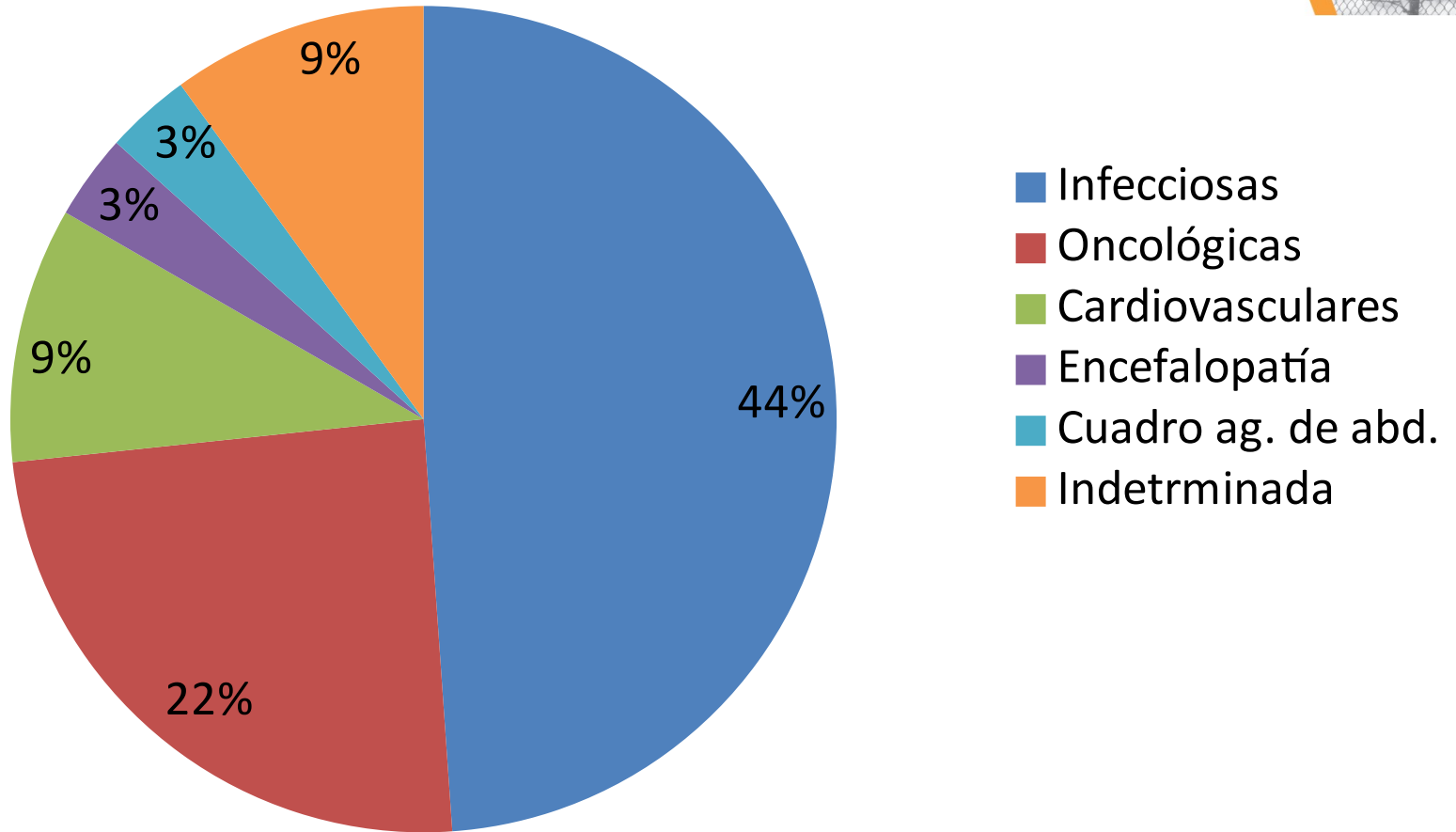
- 45 violentas (52 %)
- 32 por causas naturales (37%)
- 9 no se pudo determinar la manera de muerte (10%)

Muertes violentas

■ Homicidios ■ Suicidios ■ Accidentes ■ Indeterminadas



Muertes naturales





Negligencias o fallas asistenciales con manifiesta relación con el resultado letal:

- 40% de las muertes violentas (n=18) .
- 29% de las muertes naturales (n=7) .
- 22% de las muertes indeterminadas (n=2) .

Ejemplos paradigmáticos de muertes con evidencia de falla asistencial o negligencia institucional.



Muertes violentas



Caso 1

- Varón 24 años.
- Sufrió una agresión con arma blanca abdominal, por lo que solicitó asistencia.
- Consultó en policlínica en dos oportunidades por dolor abdominal y vómitos.
- A los 4 días de la agresión instaló compromiso de conciencia. Se solicitó asistencia y cuando el médico concurrió a la celda lo encontró fallecido.



Caso 2

- Varón, 24 años
- Encontrado sin signos vitales, suspendido con una soga atada a un aro de básquetbol en el patio.
- En el lugar hay cámaras de seguridad.
- Permaneció suspendido durante aproximadamente 4 horas.



Caso 3

- En horas de la madrugada se solicitó la presencia policial por un foco ígneo en una celda.
- Se encontraban alojados 4 PPL: 2 fallecieron en el sector médico del centro de reclusión y 2 en el CENAQUE.
- Las pericias preliminares de Bomberos y Policía Científica, determinaron que el fuego se habría generado en un proceso electrodinámico (cortocircuito).

Muertes naturales

- Mujer, 52 años
- La Defensa solicitó valoración médica urgente porque presentaba cefaleas intensas y anemia, para lo que se le indicó analgesia.
- 8 meses más tarde comenzó con cefalea intensa, vómitos biliosos y dolores generalizados.
- Sus compañeras solicitaron atención médica y fueron amenazadas con sanciones si continuaban insistiendo.
- Fue tratada por infección urinaria con medicación vía oral, que no toleró por los vómitos. Instaló un deterioro neurológico, hasta sufrir pérdida de control de esfínteres.





- Sus compañeras decidieron no higienizarla para demostrar que no se trataba de simulación y lograr que fuera trasladada al hospital.
- Fue llevada a enfermería, se le administró suero y medicación intravenosa y luego regresada a su celda.
- Al mes fue trasladada al hospital por su declinación funcional, donde se diagnosticó cáncer de pulmón estadio IV con metástasis suprarrenal y encefálica.
- Tres días después falleció en cuidados paliativos.

Muertes indeterminadas



Varón, 20 años.

- Antecedentes personales de retardo mental, en tratamiento psiquiátrico desde los 5 años.
- Alojado en el módulo de Salud Mental por una descompensación.
- Durante la estadía en ese sector no fue valorado por psiquiatra y se le siguió administrando la medicación que recibía previamente.
- Tuvo un adelgazamiento de unos 50 kilos en los tres meses previos.



- Entre las 09:30 y las 10:00 los enfermeros le realizaron los controles y le administraron la medicación (se desconoce fármacos y dosis). Refieren que lo acondicionaron en su colchón sobre el suelo (para prevenir caídas), lo posicionaron de costado (para prevenir aspiraciones) y lo arroparon.
- Aproximadamente a la hora 11:45, enfermería ingresó a la celda y constató el fallecimiento.
- La cámara de la celda no estaba funcionando.


Recomendaciones para la prevención





Las recomendaciones tienen en cuenta:


- a) El Estado tiene la obligación de proteger la vida de las PPL.
- b) La muerte bajo custodia es potencialmente ilícita y por responsabilidad del Estado.
- c) La negativa del Estado a proporcionar la información requerida para la investigación de estas muertes o cualquier otra traba, fortalece la presunción de su responsabilidad.
- d) Las PPL gozan de los derechos de los usuarios del sistema de salud.

- 
- e) Por ser PPL la responsabilidad por la no accesibilidad oportuna a los servicios de salud recae, en principio, sobre el Estado.
- f) Las PPL tienen derecho al mismo estándar de calidad asistencial que todos los habitantes. Por ser una población particularmente vulnerable, requieren de una especial protección sanitaria.


Recomendaciones




1. Implementar un carné de salud penitenciario.
2. Mejoras de calidad de la salud penitenciaria que incluyan:
 - a) Controles en salud y enfermedad durante todo el período de reclusión.
 - b) Accesibilidad oportuna a los servicios de salud.
 - c) Historia clínica única y accesible.




3. Que toda PPL afectada de patologías crónicas evolutivas (especialmente en etapas terminales) sea valorada por una Junta Médica que establezca una recomendación sobre dónde, en qué condiciones y bajo qué cuidados debería estar alojada.



4. Que a toda persona PPL, a su ingreso al sistema, se le ofrezca suscribir un documento en el que autorice a su defensa, OCP y MNP de la Tortura el acceso a su historia clínica, bajo secreto profesional.




5. Implementar un sistema de auditoría de muerte de todos los fallecimientos, que provea a la OCP de un informe en plazo de entre una y dos semanas, a partir de la obtención de la información, que incluya la participación de los equipos de salud que intervinieron en la asistencia.




6. Que todas las muertes bajo custodia con evidencias de negligencia institucional, fallas asistenciales graves, o que no pudieron ser aclaradas por falta de información mínima, sean objeto de una investigación *ad hoc* circunstanciada de las que deriven las consecuencias que sus resultados ameriten.




7. Que los informes anuales de muerte bajo custodia elaborados por la OCP contengan un ítem que señale el cumplimiento o no de las recomendaciones formuladas el año precedente.




8. Que en las muertes bajo custodia se garantice el traslado del cadáver junto con su historia clínica como forma de mejorar la prontitud y calidad de los resultados de la investigación.



9. Asegurar el derecho de las familias a conocer la causa, manera y circunstancias de todas las muertes bajo custodia, a través de una devolución de los resultados de la investigación en base a un protocolo previamente establecido.



10. Generar redes de apoyo a los familiares de los fallecidos para brindar contención y guiarlos en el duelo, con la finalidad de atender los aspectos psicosociales de estas situaciones y mitigar mayores daños.



11. Generar intervenciones para el abordaje postraumático en caso de muertes violentas para personas privadas de libertad, equipo de salud interviniente y funcionarios próximos a la persona fallecida.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

