

LINEAMIENTOS GENERALES

PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS
DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN ESTABLECIMIENTOS
PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
CAPRECOM EPS

República de Colombia

2012

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	5
1 CAPÍTULO I. OBJETIVO Y ALCANCE	7
1.1 Objetivo general.....	7
1.2 Objetivos específicos.....	7
1.3 Aspectos cubiertos por el documento.....	7
1.4 Población objeto del documento.....	8
2 CAPÍTULO II. MARCO LEGAL	8
3 CAPÍTULO III. DEFINICIONES	10
4 CAPÍTULO IV: FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS EN COLOMBIA.....	13
4.1 Componente de la prestación de servicios en los establecimientos penitenciarios y carcelarios	14
5 CAPÍTULO V: LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	15
6 CAPÍTULO VI: FUNCIONES DE LOS ACTORES EN LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS	19
6.1 Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD).....	19
6.2 Entidad Promotora de Salud	21
6.3 Unidades Notificadoras Municipales, Departamentales y Distritales (UNM, UND)	21
6.4 Instituto Nacional de Salud (INS).....	22
6.5 Dirección del Establecimiento Carcelario o Penitenciario	22
6.6 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).....	23

6.7	Ministerio de Salud y Protección Social.....	23
7	CAPÍTULO VII: ACCIONES ANTE LA PRESENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.....	25
7.1	Notificación	25
7.2.1	Aislamiento en cárceles.....	26
7.3	Acciones colectivas	32
7.3.1	Investigación epidemiológica de Campo	33
7.3.2	Identificación y recolección de muestras de contactos.....	33
7.3.3	Búsqueda activa comunitaria e institucional.....	34
7.3.4	Identificación de factores de riesgo ante los potenciales eventos.....	34
7.3.5	Acciones para disminuir la vulnerabilidad.....	36
7.3.6	Aplicación de medidas sanitarias	37
7.3.7	Acciones de cuarentena	38
7.4	Acciones específicas según el evento.....	38
7.4.1	Parotiditis y varicela:.....	38
7.4.2	Tuberculosis.....	40
7.4.3	VIH/Sida.....	44
7.4.4	Enfermedades transmitidas por alimentos	45
7.4.5	Enfermedades transmitidas por vectores (ETV).....	46
7.4.6	Enfermedades de origen zoonótico	48
7.4.7	Intoxicación por sustancias químicas	49
	ANEXOS.....	50
	BIBLIOGRAFÍA.....	61

INTRODUCCIÓN

Desde que las sociedades establecieron la privación de la libertad y la reclusión de individuos como un medio para sancionar transgresiones a las leyes y las normas establecidas, las prisiones han estado indefectiblemente ligadas con la enfermedad. Aun con el paso del tiempo esta situación ha cambiado poco; y si en el siglo XVII hablar de prisiones significaba también hablar de tifus y enfermedades mentales, en los siglos XX y XXI, referirse a centros penitenciarios conlleva a pensar en trastornos psicosociales y en enfermedades no transmisibles y transmisibles¹. Los establecimientos carcelarios y penitenciarios se constituyen en escenarios donde confluyen una serie de claros determinantes para la aparición de enfermedades de interés en salud pública.

En función de su misión, los establecimientos penitenciarios y carcelarios privan de su libertad a las personas allí reclusas y, por tanto, obligan a una convivencia estrecha y continúa a quienes en ella cohabitan. En esta situación de reclusión se encuentran actualmente, más de 9,25 millones de personas alrededor del mundo². En Colombia, según datos oficiales en marzo de 2012, se encuentran 106.914 personas privadas de libertad en 144 establecimientos carcelarios y penitenciarios del INPEC.

La permanencia en instituciones cerradas como hospitales, refugios, albergues, entre otros, ha sido considerada históricamente como una condición de vulnerabilidad para sufrir enfermedades transmisibles. La cárcel, que también es una institución cerrada, y por consiguiente, con riesgo incrementado de transmisión de enfermedades, acoge en su interior a una población con características de vulnerabilidad, que pueden incrementar aún más la probabilidad de desarrollar eventos de interés en salud y su posterior propagación a la población cohabitante.

Es por estas premisas que es prioritario que en los establecimientos penitenciarios y carcelarios se implemente un sistema de vigilancia muy sensible que se integre al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del país, y que dada la vulnerabilidad propia de esta población y el riesgo exponencial de propagación, se definan estrategias que permitan detectar tempranamente riesgos y eventos y que faciliten una actuación oportuna y efectiva con el propósito de garantizar la seguridad sanitaria en el establecimiento y de la zona en la que se encuentra.

El presente documento busca dar a conocer las estrategias y mecanismos en los establecimientos penitenciarios y carcelarios deben tenerse en cuenta para participar de manera activa y efectiva en el sistema de vigilancia en salud pública, evitar riesgos y potenciales eventos, y controlar la propagación de enfermedades. El documento también dará cuenta de la coordinación intra e interinstitucional necesaria para dar respuesta oportuna a los eventos en salud pública y de las responsabilidades de todos los actores en desarrollo de las acciones requeridas para ello.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, © 2008. ISBN: 978-92-75-32937.

² International Centre for prison studies. World prison population list. Sixth Ed. London 2007.

La implementación y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud, dentro de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, contribuye a la salud pública del país, en la medida en que tras la detección oportuna de riesgos y eventos, se facilita el desarrollo de acciones de prevención, atención, control y recuperación que se verán reflejados en mejores condiciones de salud de la población y en un manejo eficiente de los recursos en salud.

1 CAPÍTULO I. OBJETIVO Y ALCANCE

1.1 Objetivo general

Definir los lineamientos para inspección, vigilancia y control sanitario de los establecimientos penitenciarios y carcelarios a nivel nacional, que permitan orientar los procesos de alerta y respuesta para la prevención y atención de eventos de interés en salud pública.

1.2 Objetivos específicos

- Precisar las competencias de los diferentes actores responsables del seguimiento en los establecimientos y de las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario responsabilidad de las DTS.
- Establecer los mecanismos mediante los cuales se articula el sistema de vigilancia en salud pública con el modelo de atención del prestador de servicios de salud y el organismo rector de los establecimientos penitenciarios y carcelarios.
- Vincular a los establecimientos penitenciarios y carcelarios a la red de vigilancia, como Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), según sus características, cumpliendo con los procesos establecidos. Precisar las competencias de los diferentes actores responsables de la vigilancia en salud pública y la atención en salud de las personas privadas de la libertad de acuerdo al modelo de atención.
- Identificar los factores de riesgos sanitarios a fin de que las autoridades penitenciarias implementen las medidas preventivas y correctivas que correspondan, acorde con la normatividad sanitaria vigente
- Especificar las estrategias (búsqueda activa, vigilancia centinela, estudio de brotes, búsqueda pasiva, entre otras), que se requieren dentro de los establecimientos penitenciarios y carcelarios para fortalecer la vigilancia en salud pública.
- Definir las acciones intersectoriales para la prevención, detección y control de eventos en salud pública.
- Orientar el análisis de los eventos de interés en salud pública en los establecimientos penitenciarios y carcelarios.

1.3 Aspectos cubiertos por el documento

- Funcionamiento del Sistema de Salud Penitenciario y Carcelario.
- Funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

- Actuación en los centros penitenciarios y carcelarios ante la presencia de eventos de interés en salud pública.
- Responsabilidad de los entes territoriales frente a las acciones en desarrollo de los brotes e IVC en establecimientos penitenciarios y carcelarios.

1.4 Población objeto del documento

Las orientaciones del presente documento deben aplicarse en cualquier establecimiento penitenciario o carcelario del país. Se ha diseñado para facilitar el manejo y control de eventos de interés en salud pública en de estos centros.

2 CAPÍTULO II. MARCO LEGAL

La vigilancia de eventos de interés en salud pública en establecimientos carcelarios y penitenciarios está articulada al sistema de vigilancia nacional, lo rigen los mismos principios y normas y se establece en concertación con los actores que intervienen en él. La normatividad que lo soporta es la misma del sistema de vigilancia nacional además de algunas normas que hacen referencia a aspectos específicos del ámbito penal y de derechos humanos entre los cuales se encuentran:

Tabla 1: Normatividad relacionada con la vigilancia de eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios

Normatividad	Año	Tema principal
Resolución 217 A	1948	“Declaración Universal de los Derechos Humanos”, adoptada y proclamada por la Asamblea General de naciones Unidas.
Ley 9ª	1979	Por la cual se dictan medidas sanitarias, título V Alimentos y título XI Vigilancia y Control
Decreto 3989	1982	Por el cual se conforman los comités de emergencia en el ámbito nacional.
Decreto 2257	1986	Por el cual se Reglamentan Parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 9ª de 1979, en cuanto a investigación, Prevención y Control de la Zoonosis
Decreto 919	1989	Por el cual se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1843	1991	Por el cual se reglamentan parcialmente los títulos III, V, VI, VII y XI de la Ley 9ª de 1979, sobre uso y manejo de plaguicidas.
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral.
Ley 65	1993	Por el cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario y se dictan algunas disposiciones sobre el tema de seguridad social en salud.
Ley 55	1993	Por la cual se aprueba el Convenio 170 y la Recomendación 177 de la OIT sobre la seguridad en la utilización de productos químicos en el trabajo.

Normatividad	Año	Tema principal
Decreto 969 (Ministerio de Gobierno)	1995	Por el cual se organiza y reglamenta la Red Nacional de Centros de Reserva para la Atención de Emergencias.
Decreto 3075	1997	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979, Plan para la vigilancia y control de alimentos, y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2676	2000	Este decreto tiene por objeto reglamentar ambiental y sanitariamente, la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas.
Resolución 1164	2002	Por la cual se adopta el manual de procedimiento para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
Ley 715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Título III Sector Salud.
Decreto 3518	2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122	2007	Por el cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social y se establecen otras disposiciones: art. 14 ... m) La población interna del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 3039	2007	Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
Resolución N° 07 (Ministerio del Interior y de Justicia)	2007	Por la cual se establece la comisión para prevenir y mitigar el impacto de la pandemia de influenza aviar en Colombia.
Decreto 1575	2007	Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.
Circular N° 04	21 de enero de 2008	En la cual se dan orientaciones generales para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y competencias de sanidad portuaria de las Direcciones Territoriales de Salud.
Decreto 1441	2009	Por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Establece el aseguramiento y prestación de servicios de salud a través de una entidad promotora de salud del régimen subsidiado EPS-S.

Normatividad	Año	Tema principal
Decreto 2777	2010	<p>Por el cual se modifica el Decreto 1141 de 2009 en cuanto a:</p> <p>Listado censal entrega INPEC: BDUA-base de datos única de afiliados a EPS-S</p> <p>Domicilio del recluso-el mismo del municipio donde esté localizado el establecimiento carcelario.</p> <p>La afiliación a la EPS-S beneficia a internos de establecimientos del INPEC y a menores de tres años que convivan con sus madres en estos establecimientos.</p> <p>Continuidad del aseguramiento a través del ente territorial donde el privado de libertad fije su domicilio PPL del Régimen Subsidiado, está eximida de copagos y cuotas moderadoras.</p>
Resolución 366	2010	<p>Las áreas de sanidad de los ERON del INPEC, deberán cumplir con las condiciones de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, teniendo en cuenta además, las siguientes especificaciones técnicas: Criterios de seguridad, No requieren sala de espera. Pueden acondicionar “Área de paso” y Área de atención prioritaria.</p> <p>Define como ÁREA DE PASO: Área específica para alojar a los reclusos en condiciones cómodas e higiénicas que permitan su monitoreo, y faciliten la adherencia al tratamiento ordenado o por requerir cuidados especiales Aplica para: Después del egreso de hospitalización y para la antelación a un traslado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud.</p>
Directiva No. 0052	2011	Directiva del INPEC. Por medio de la cual se imparten instrucciones y se asignan responsabilidades para atender los casos de parotiditis endémicas en los establecimientos de reclusión del orden nacional.
Decreto 4107	2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

3 CAPÍTULO III. DEFINICIONES

Para desarrollar el tema es importante dar inicio con la armonización de conceptos relacionados con la vigilancia en salud pública en nuestro país, en el que los sistemas sanitarios penitenciarios y carcelarios se encuentran inmersos y de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 3518 de 2006, deben participar con el propósito de contribuir al bienestar y seguridad de la población.

Autoridad sanitaria: Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública. (Decreto 3518/2006).

Brote. Ocurrencia de un número de casos de un daño particular en un área y en un tiempo dados, mayor que el número de casos esperados, relacionados y limitados en tiempo y espacio. (INS).

Cárceles. Son cárceles los establecimientos de detención preventiva, previstos exclusivamente para retención y vigilancia de sindicados y condenados.

Cárceles para Miembros de la Fuerza Pública. Los miembros de la Fuerza Pública cumplirán la detención preventiva en centros de reclusión establecidos para ellos y a falta de estos, en las instalaciones de la unidad a que pertenezcan. La organización y administración de dichos centros se regirán por normas especiales. En caso de condena, el sindicado pasará a la respectiva penitenciaría en la cual habrá pabellones especiales para estos infractores.

Cárceles y Penitenciarías de Alta Seguridad. Son cárceles y penitenciarías de alta seguridad, los establecimientos señalados para los sindicados y condenados, cuya detención y tratamiento requieran mayor seguridad, sin perjuicio de la finalidad resocializadora de la pena.

Clasificación de los establecimientos. Los establecimientos de reclusión pueden ser cárceles, penitenciarías, cárceles y penitenciarías especiales, reclusiones de mujeres, cárceles para miembros de la Fuerza Pública, colonias, establecimientos de rehabilitación y demás centros de reclusión que se creen en el sistema penitenciario y carcelario.

Colonias Agrícolas. Son establecimientos para purgar la pena, preferencialmente para condenados de extracción campesina o para propiciar la enseñanza agropecuaria. Cuando la extensión de las tierras lo permita podrán crearse en ellas constelaciones agrícolas, conformadas por varias unidades o campamentos, con organización especial.

Ejecución de la Prisión Domiciliaria. La ejecución de la sentencia que asigna pena de prisión, esta puede sustituirse por prisión domiciliaria por el juez competente, el INPEC señalará, dentro de su jurisdicción, el establecimiento de reclusión que se encargará de la vigilancia del penado y verificará su cumplimiento a través de visitas aleatorias de control a la residencia del penado, uso de medios de comunicación como llamadas telefónicas, testimonio de vecinos y allegados, Labores de inteligencia. (Adicionado por el artículo 8° del Decreto 2636 de 2004).

Epidemia. Ocurrencia de un número de casos con daño particular en un área y en un tiempo dado, mayor que el número de casos esperados. Generalmente de amplia difusión en un territorio. (INS).

Establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos. Los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos son los destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial.

Estos establecimientos tienen carácter asistencial y pueden especializarse en tratamiento psiquiátrico y de drogadicción y harán parte del subsector oficial del sector salud. Para el tratamiento psiquiátrico de los inimputables, el INPEC posee instalaciones y provee los medios humanos y materiales necesarios para su correcto funcionamiento.

Estrategias de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia. (Decreto 3518/2006).

Eventos. Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del presente decreto, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados. (Decreto 3518/2006).

Eventos de Interés en Salud Pública. Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública. (Decreto 3518/2006).

Factores de Riesgo/Factores Protectores. Aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud. (Decreto 3518/2006).

Generador. Es la persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; la docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres; los bioterios y laboratorios de biotecnología, los laboratorios farmacéuticos y productores de insumos médicos, consultorios, clínicas, farmacias, cementerios, morgues, funerarias y hornos crematorios, centros de pigmentación y/o tatuajes, laboratorios veterinarios, centros de zoonosis y zoológicos. (Decreto 1669/2002).

Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (MPGIRH): Es el documento expedido por los Ministerios del Medio Ambiente y de Salud, mediante el cual se establecen los procedimientos, procesos, actividades y estándares de microorganismos, que deben adoptarse y realizarse en la gestión interna y externa de los residuos provenientes del generador. (Decreto 2676/2000).

Medidas Sanitarias. Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población. (Decreto 3518/2006).

Pandemia: Epidemia que se disemina en varios países y afecta a un gran número de personas. (INS).

Penitenciarias. Las penitenciarias son establecimientos destinados a la reclusión de condenados y en las cuales se ejecuta la pena de prisión, mediante un sistema gradual y progresivo para el tratamiento de los internos.

Los centros de reclusión serán de alta, media y mínima seguridad (establecimientos abiertos). Las especificaciones de construcción y el régimen interno establecen la diferencia de estas categorías.

Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRH): Es el documento diseñado por los generadores, los prestadores del servicio de desactivación y especial de aseo, el cual contiene de una manera organizada y coherente las actividades necesarias que garanticen la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública. (Decreto 3518/2006).

Reclusión en Casos Especiales. Cuando el hecho punible haya sido cometido por funcionarios y empleados de la Justicia Penal, o servidores públicos de elección popular, por funcionarios que gocen de fuero legal o constitucional, ancianos o indígenas, la detención preventiva se llevará a cabo en establecimientos especiales o en instalaciones proporcionadas por el Estado.

Reclusiones de Mujeres. Son reclusiones de mujeres los establecimientos destinados para detención y descuento de la pena impuesta a mujeres infractoras.

Reglamento Sanitario Internacional: (RSI-2005) es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para los 194 países Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. (OMS).

Sistema de Vigilancia en Salud Pública, (SIVIGILA): Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública. (Decreto 3518/2006).

Sistema Nacional Penitenciario. El Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario está integrado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, como establecimiento público adscrito al “Ministerio de Justicia y del Derecho” con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa; por todos los centros de reclusión que funcionan en el país, por la Escuela Penitenciaria Nacional y por los demás organismos adscritos o vinculados al cumplimiento de sus fines. (Ley 65 de agosto de 1993).

Unidad Notificadora. Es la entidad pública responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos. (Decreto 3518/2006).

Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD). Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Vector. Todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública. (Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005)).

Vigilancia y Control Sanitario. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana. (Decreto 3518/2006).

Zoonosis. Enfermedad que en condiciones naturales, se transmite de los animales vertebrados a los humanos o viceversa. (Decreto 2257 de 1986).

4 CAPÍTULO IV: FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS EN COLOMBIA

En Colombia el proceso de descentralización en salud inició con el Decreto 77 de 1987, la Ley 10 de 1990, posteriormente la Ley 60 de 1993, y finalmente, con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con la Ley 100 de 1993 basado en el artículo 48 de la Constitución Política, que establece que todas las personas serán protegidas en todas las etapas de su vida.

Como todos los colombianos, la población interna a cargo del Instituto Nacional Penitenciario (INPEC), no debe estar ajena a este derecho y servicio público esencial: Aunque esté limitado su derecho a la libre locomoción, no pueden agravarse sus otros derechos, como el de la salud y la vida. Por esta razón, el Código Penitenciario y Carcelario prescribe en torno a la salud de la población interna, que prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente reconocidos, prohibiéndose toda forma de violencia psíquica, física o moral.

4.1 Componente de la prestación de servicios en los establecimientos penitenciarios y carcelarios

El ingreso en el 2009 al régimen subsidiado, le permite a los Internos que se encuentran en los Establecimientos de Reclusión, acceder a un plan de beneficios que incluye promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, incluyendo el suministro de medicamentos, en todos los niveles de atención.

La prestación de este plan de beneficios de salud, se hace intramural y extramural. El intramural está sujeto a la disposición de áreas de sanidad y se circunscribe a la baja y mediana complejidad. El extramural se adelanta con la red de prestación de servicios contratada, por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS).

En cumplimiento del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad, la habilitación de los servicios la realiza la EPS, y con el INPEC, de manera conjunta, deben garantizar el estándar de dotación y mantenimiento de equipos.

El modelo de atención en salud, como lo establece la Ley 1438 de 2011, se basa en la Atención Primaria en Salud (APS), a través de la cual se identifican las necesidades de la población, se promueve la participación social y se desarrolla gestión social integral. La APS contiene un primer nivel de atención altamente resolutivo, que inicia con el examen médico de ingreso y la apertura de la correspondiente historia clínica, haciéndose énfasis en los eventos de mayor prevalencia en este tipo de instituciones, como la presencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes, entre otras), infecciosas (tuberculosis, VIH, malaria, dengue, leishmaniasis, chagas, entre otras), enfermedades mentales y demás. Así mismo la identificación de internos que requieren de medicamentos o algún procedimiento específico.

De ahí se derivan las acciones de demanda inducida, promoción, prevención, vigilancia a los eventos de interés en salud pública; y la atención, a través de medicina general, odontología, laboratorio clínico de baja complejidad, fisioterapias, atención hospitalaria de menor complejidad, y la atención de parto vaginal.

El servicio de urgencias (24 horas) y el sistema de referencia y contrarreferencia se hace a través de la red de prestadores de la EPS, con base en las exigencias del sistema único de habilitación y los parámetros de seguridad establecidos por el INPEC.

Donde no es posible el servicio intramural, se acude al hospital local o a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la red de la EPS, a través de citas que gestiona el INPEC, garantizando su cumplimiento y la seguridad del interno y el profesional de la salud.

Las actividades del Plan Obligatorio de Salud (POS) no requieren alguna autorización y la asignación de citas se coordinan, técnica y administrativamente, con la EPS.

En cuanto a las Acciones de Salud Pública el INPEC tiene la función de proveer de manera integral las acciones de salud individual y colectiva con la participación responsable de todos los actores del SGSSS, buscando mejorar las condiciones de salud de la población en los centros de reclusión en el país.

Con el mismo objetivo en el marco de la estrategia APS, buscando el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, se desarrolla el programa Formación de Agentes Comunitarios dirigido a personas privadas de libertad.

Los establecimientos penitenciarios y carcelarios definidos como usuario y actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), generan y demandan información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, la que debe ser utilizada para estimar la magnitud de los eventos

de interés en salud pública; detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos; detectar brotes, epidemias y orientar las acciones específicas de control; identificar factores de riesgo o protectores relacionados con los eventos de interés en salud; identificar necesidades de investigación epidemiológica; facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control; facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud; orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud y orientar la formulación de políticas en salud pública.

La EPS deberá garantizar y verificar que las unidades de atención médica desarrollen los procesos básicos de vigilancia de su competencia; garantizar la infraestructura, capacidad técnica y talento humano calificado necesario para la clasificación de los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia; adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública y cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

El reporte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública se realizará como se ha establecido en la legislación vigente y se notificará a los entes territoriales locales, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, y al INPEC, con la misma periodicidad y las variables determinadas por la norma.

El INPEC ha establecido mediante Resolución 05127 de 2010, el Plan Integral de Gestión Ambiental (PIGA) y con el procedimiento PT 52-011-07 V01 de 2007 la implementación y gestión del programa de Salud Ocupacional y Medio Ambiente (SOMA). Cada uno de ellos define las acciones y competencias. En el Anexo 4 se realiza síntesis de los subprogramas desarrollados y en el anexo 6 el formato de cumplimiento y recolección de información diligenciado desde los establecimientos de reclusión.

En cuanto al suministro de alimentación a los internos en el país, mediante licitación pública se contrata la prestación del servicio de alimentación para los establecimientos a nivel nacional, con el objetivo de garantizar una alimentación suficiente, equilibrada, adecuada e inocua. La alimentación suministrada a los internos a cargo del Instituto se basa en las recomendaciones nutricionales para la población colombiana del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y condiciones higiénico-sanitarias normadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Actualmente se cubren las recomendaciones para la población adulta en un 100% de calorías y nutrientes, con alimentación variada acorde al tipo de población beneficiaria en ciclos de catorce menús para cada regional en donde se encuentre cada uno de los establecimientos. Así mismo, las condiciones en que se presta el servicio de alimentación se ciñen a la normatividad para las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Decreto 3075/97 del Ministerio de Salud.

El seguimiento y control se realiza de forma permanente por medio del Consejo de Interventoría y Seguimiento a la Alimentación (CISA), integrado por un representante de los mismos internos en cada patio, junto con las directivas del establecimiento en donde se verifican las condiciones de calidad, cantidad, presentación, condiciones higiénico-sanitarias y en general el cumplimiento del contrato de alimentación, reportando los hallazgos en Actas de Interventoría.

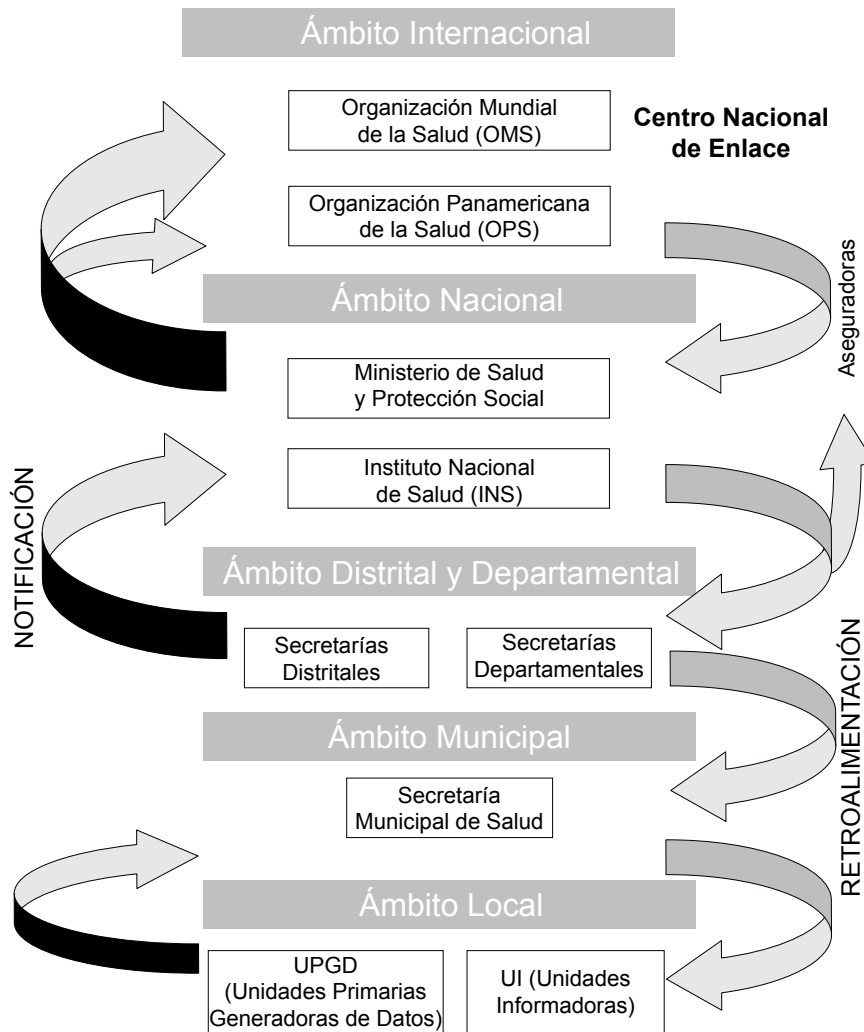
5 CAPÍTULO V: LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Colombia actúa en función de la detección de eventos de interés, los cuales han sido establecidos a nivel internacional y nacional teniendo en cuenta el perfil de salud de la población, factores de riesgo y protectores. Para cumplir con su objetivo el sistema se ha organizado de forma tal, que los actores que tienen una mayor capacidad de

detección, es decir, quienes tienen mayor contacto con las comunidades sean quienes identifiquen de forma temprana los factores y eventos que influyen en la salud pública. Estos actores están representados por la comunidad y las IPS, quienes constituyen la piedra angular del Sistema de Vigilancia, ya que son ellos quienes identifican y notifican la aparición de este tipo de eventos.

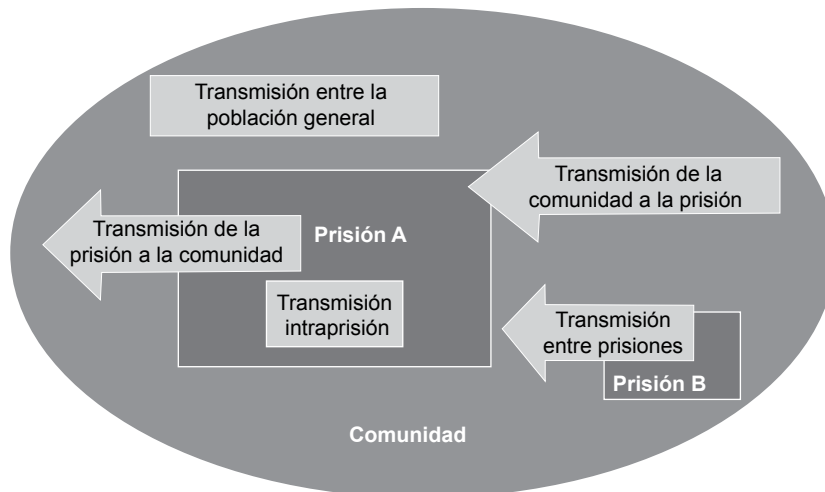
La organización del Sistema de Vigilancia de nuestro país se resume en el siguiente esquema:

Figura 1. Organización del Sistema de Vigilancia en Salud Pública



Es necesario precisar que en la dinámica de transmisión de los eventos de interés en salud pública intervienen diferentes actores de acuerdo a la procedencia e interrelación que se da en los diferentes espacios, en este sentido la persona privada de la libertad se relaciona internamente con sus compañeros, personal de guardia y administrativo y de salud, externamente puede ser trasladada de un centro de reclusión a otro y recibir visitas familiares y de otros agentes externos (abogados, ministerio, universidades, de la familia, instituciones de salud, entre otras) y a su vez estos últimos visitantes se convierten en multiplicadores externos de los eventos en sus comunidades, lo cual incide en la epidemiología local. El siguiente esquema muestra la dinámica de transmisión en un establecimiento carcelario:

Figura 2. Dinámica de la transmisión de enfermedades transmisibles en establecimientos carcelarios y penitenciarios



Fuente: Presentación control de Infecciones en Centros de Reclusión 2006, Martín Yagui, Asesor Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.

Esta población muestra claramente una mayor vulnerabilidad a la aparición de eventos transmisibles, así como una marcada tendencia al desarrollo de enfermedades crónicas y sus respectivas complicaciones, siendo por estos aspectos de vital importancia el desarrollo de acciones que permitan:

1. Asegurar los cuidados, el tratamiento y el apoyo a los internos que viven con enfermedades psíquicas o físicas incluyendo al personal que lo asiste.
2. Minimizar la incidencia negativa de la enfermedad en los individuos y en la comunidad.
3. Minimizar el impacto de factores y comportamientos que aumentan los riesgos de la enfermedad tanto individual como colectiva.
4. Asegurar una alimentación adecuada y condiciones ambientales.
5. Identificar grupos poblacionales con necesidades especiales.

Así mismo, es fundamental que las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) y Unidades Notificadoras Departamentales (UND) respectivas, realicen la asistencia técnica a la unidad de atención médica del establecimiento, y una vez esta sea caracterizada como Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), se inicie todo el proceso de vigilancia continua establecida en el sistema, mediante la aplicación de los formatos, fichas y protocolos establecidos para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública e igualmente se establezcan los canales de comunicación permanentes tanto periódicos como inmediatos para la notificación y la implementación de acciones de prevención y control de riesgos.

Una vez hayan sido caracterizados estos establecimientos, se dará cumplimiento a los siguientes requerimientos:

- ✓ Definición de responsabilidades de la persona encargada de la vigilancia: serán funciones de la persona encargada de la vigilancia, enviar la notificación semanal a la UNM, revisar y analizar la notificación semanal con el fin de detectar alguna novedad, dar aviso inmediato a la UNM sobre cualquier evento de origen infeccioso o no infeccioso que pueda convertirse en una situación de alto riesgo. Además, apoyará o realizará capacitaciones

en los temas de vigilancia en salud pública y será el enlace que facilite la entrada a los establecimientos. Esto se realizará en concertación con la autoridad sanitaria, la persona seleccionada y el director del establecimiento.

- ✓ Entrega por parte de la entidad territorial del material requerido para realizar la vigilancia: este material hace referencia a fichas de notificación, protocolos de vigilancia y todo lo que se considere de apoyo.
- ✓ Implementación del programa SIVIGILA: para facilitar la notificación semanal y en caso de que sea factible gracias a la disponibilidad de computador, el programa SIVIGILA será instalado en los establecimientos penitenciarios y carcelarios. Esta instalación estará a cargo de la autoridad sanitaria al igual que el apoyo técnico que se requiera.
- ✓ Capacitación al personal asistencial: el personal sanitario que labore en estos establecimientos será capacitado por la autoridad sanitaria en vigilancia en salud pública. Esta capacitación debe ser definida como obligatoria para todo el personal asistencial y deberá tener una evaluación al final de la misma. Los temas de esta capacitación incluirán los fundamentos de la vigilancia en salud pública, funcionamiento del sistema, flujogramas de notificación, control de brotes y medidas de prevención y control por lo cual participarán las áreas de las secretarías de salud relacionadas con vigilancia, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), salud ambiental y laboratorio de salud pública, entre otras.
- ✓ Definición de estrategias de vigilancia a utilizar: las estrategias de vigilancia propuestas son la vigilancia pasiva realizada a partir de registros clínicos y la vigilancia activa realizada mediante búsqueda activa comunitaria. Aun cuando la búsqueda activa institucional no es un tipo de vigilancia sino una manera de obtener los datos, esta será llevada a cabo siempre.
- ✓ Definición de flujos de información: el flujo de información irá desde la UPGD hasta la UNM y luego seguirá el departamento y la nación. Debido a que existe un asegurador definido a nivel nacional para los establecimientos a cargo del INPEC, existirá un flujo paralelo de información el cual vaya de la UPGD al asegurador en forma simultánea con el anteriormente descrito.
- ✓ Concertación con el asegurador en el apoyo a las acciones individuales y colectivas: tanto en situaciones rutinarias como de emergencia, el asegurador se hará cargo de los procedimientos que estén a su cargo. Esta concertación se realizará a nivel directivo nacional.
- ✓ Concertación con la red de prestación de servicios del municipio y departamento respectivo: para atender tanto a casos individuales como colectivos.
- ✓ Respaldo administrativo por parte del establecimiento carcelario: para garantizar que el sistema de vigilancia se implemente. Se elaborará un documento en el cual conste los compromisos tanto de la autoridad sanitaria como del establecimiento carcelario, la asignación de responsables y responsabilidades y la definición de mecanismos relacionados con el acceso a las instalaciones y las cadenas de llamadas que faciliten este proceso. Este documento deberá tener el carácter de acto administrativo o circular y ser firmada por la autoridad competente quien será el directo responsable de que este proceso funcione una vez se haya implementado.
- ✓ El prestador de servicios de salud debe garantizar la evaluación de estado de salud del interno a su ingreso, con el objeto de valorar su riesgo, vulnerabilidad y determinar si presenta algún evento adverso a la salud.
- ✓ Implementar una estrategia de vigilancia comunitaria en la que los internos, los guardias y demás personal que convive en el centro de reclusión, tengan la capacidad de detectar

e informar a la Unidad de Atención Médica del establecimiento, la aparición de eventos en salud. En el Anexo 1: Formación Vigilancia en Salud Pública Comunitaria–Gestores Comunitarios en una Institución Carcelaria, se describe la metodología para llevar a cabo este componente.

- ✓ Establecer una estrategia de Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) continúa liderada y desarrollada por personal de salud, con el propósito de identificar casos en los que la población no consulta.
- ✓ Realizar campañas de sensibilización con la población sobre la importancia de consultar tempranamente y las implicaciones que el no hacerlo, puede tener en el bienestar de la comunidad de reclusos en general.
- ✓ Analizar el comportamiento de los eventos de interés en salud pública dentro del establecimiento con el fin de detectar de manera oportuna comportamientos anormales.
- ✓ Implementar medidas de prevención y control con enfoque de gestión de riesgo.

6 CAPÍTULO VI: FUNCIONES DE LOS ACTORES EN LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS

El país cuenta con protocolos y guías técnicas para la vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en Salud Pública, de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional. Por lo cual, este documento es una guía al flujo y funciones de la vigilancia epidemiológica del país ya existente y cuyas funciones fueron adaptadas para los centros carcelarios que se conformaron UPGD. Además da a conocer las funciones específicas de cada actor implicado, en el proceso de notificación, recolección, análisis de los datos, así como el desarrollo de acciones individuales y colectivas para la contención y prevención de enfermedades de importancia en salud pública en los centros.

6.1 Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD)

Para efectos de este documento se define como UPGD, a toda Unidad de atención médica de los centros carcelarios del país.

- Recolección de información del centro carcelario de forma diaria, durante la atención en salud en la unidad de atención médica dispuesta para ello.
- Verificar diariamente los Registros Individuales de Prestación de Salud (RIPS), para detectar, casos que se hallan omitido durante la notificación, por parte del personal de salud, evaluando los protocolos de vigilancia así como los criterios de inclusión de caso en cada patología de importancia en salud pública.
- Verificación del cumplimiento de los trabajadores de salud en los procesos de notificación y el uso de los instrumentos diseñados para tal uso (fichas de notificación cara A y B según sea el evento).
- Capacitar al personal médico que ingrese a la institución carcelaria en normas, decretos y protocolos nacionales de los eventos de notificación en salud pública.
- Actualizar al equipo de salud.

- Retroalimentar al equipo de salud sobre la información de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE).
- El reporte inmediato de casos sospechosos o probables, se debe realizar desde la UPGD centros carcelarios en el país, hacia la Dirección Local de Salud (DLS) o Secretaría de Salud Municipal (SSM) para adelantar la investigación.
- Analizar de manera rutinaria el comportamiento epidemiológico de los eventos e interés en salud pública.
- Realizar un comité de verificación institucional, este será de índole mensual o extraordinario si así se requiriera, para analizar la situación del comportamiento de los eventos de interés en salud pública en el centro carcelario y analizar el perfil epidemiológico de la institución y tomar medidas de contención según sea el evento.
- Realizar control de la calidad de la información epidemiológica.
- Implementar acciones de control dentro de los centros carcelarios dependiendo del tipo de evento en salud pública que se presente, sean estas acciones de índole individual o colectiva.
- Realizar debidamente el diligenciamiento de la historia clínica, y su documentación anexa: laboratorios clínicos, antecedentes, controles y demás. Según norma de historias clínicas del país: Resolución 1995 de julio 8 de 1999 y demás normas que lo modifiquen y/o complementen.
- Realizar el manejo clínico correspondiente a la patología que fue diagnosticada o desde la presunción diagnóstica que se determine, ya sea este de manejo intrainstitucional o extrainstitucional (hospitalización).
- Si requiere hospitalización el paciente con un evento de notificación en salud pública, se debe asegurar el envío de copia historia clínica, como copia de la ficha de notificación y evidenciar, si fuere el caso, según el protocolo nacional; la necesidad de recolección de muestras de laboratorios o la solicitud de los mismos.
- Participar activamente del COVE local, para conocer y analizar la situación epidemiológica de la comuna, localidad o del municipio donde se ubica la institución carcelaria.
- Actualizarse en lineamientos emitidos por las entidades reguladoras de la atención en salud de su jurisdicción y entes de control.
- Notificar inmediatamente al director del centro carcelario cualquier comportamiento irregular de los eventos en salud pública, como las acciones individuales, colectivas para la contención o prevención a cumplir por la población del centro carcelario.
- Garantizar la recolección de muestras para la confirmación de eventos de interés en salud pública de acuerdo a lo establecido en los protocolos.
- Realizar Búsqueda Activa Institucional.
- Diseñar en articulación con la dirección del establecimiento carcelario y penitenciario un plan para la atención de emergencias de salud pública.

6.2 Entidad Promotora de Salud

En el sistema de salud mediante la Reforma al SGSSS (Ley 100 de 1993) se involucra a las Entidades Promotoras de Salud como un actor responsable de las acciones de monitoreo, seguimiento y control de la gestión en salud de sus prestadores, las EPS conforme a sus competencias, y teniendo en cuenta los modelos y lineamientos nacionales deben garantizar que los servicios en salud ofrecidos a su población cumplan con los estándares de calidad. En los establecimientos penitenciarios y carcelarios, la EPS deberá velar por el óptimo funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública y participar en el diseño e implementación de acciones de alerta y respuesta frente a riesgos y emergencias en salud pública.

6.3 Unidades Notificadoras Municipales, Departamentales y Distritales (UNM, UND)

- Realizar la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de los eventos de (notificación individual o colectiva), con base en la información suministrada por las UPGD y cualquier otra información obtenida a través de métodos epidemiológicos (lunes o martes si es festivo).
- Informar de manera inmediata al Instituto Nacional de Salud (INS) y al Centro Nacional Enlace (CNE) del Ministerio de Salud y Protección Social, ante la presencia de cualquier evento en interés en salud pública, que afecte o que potencialmente pueda afectar de manera masiva la población carcelaria.
- Realizar las intervenciones de campo que se requieran, cumpliendo con los Protocolos Nacionales de Vigilancia en Salud Pública, informar los avances de las acciones realizadas hasta el control final del evento, al INS y al CNE cumpliendo los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales que lo determinen, o la complejidad del evento que lo requiera.
- En brote, la entidad territorial estará a cargo del estudio del mismo y la intervención comunitaria, enviando sus respectivos informes: preliminar 24 horas, avance de 48 - 72 horas e informe final.
- Determinar según sea la complejidad de la patología en salud pública, la clínica, el resultado de laboratorios y el estudio epidemiológico, las acciones a realizar: instaurar medidas de protección, aislamiento, cierre o cuarentena en la institución carcelaria.
- Analizar y monitorear los datos de la notificación individual o colectiva (a cargo del profesional referente para la vigilancia epidemiológica) de las UPGD (centros carcelarios), en pro de comunicar al COVE distrital/municipal o al INS, el comportamiento de los eventos epidemiológicos o el avance de los estudios de brote.
- Caracterizar las unidades de atención médica de los Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios (EPC) como UPGD.
- Brindar asistencia técnica de forma permanente a las UPGD respecto al funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Realizar el seguimiento de los pacientes que son remitidos del establecimiento a IPS con presunción o diagnóstico de evento de interés en salud pública y mantener estrecha comunicación con el objeto de hacer seguimiento a su evolución clínica y resultados de laboratorio.
- Verificar y asegurar la continuidad del tratamiento de pacientes con un evento de interés en salud pública.

- Realizar y velar por el cierre de los casos en el Sivigila, cumpliendo con análisis epidemiológico, clínico, laboratorio, e intervención en campo.
- Evaluar y constatar la búsqueda activa Institucional de manera trimestral en el establecimiento penitenciario y carcelario.
- Acciones de IVC como respuesta al evento, cuando sea necesario.

6.4 Instituto Nacional de Salud (INS)

- Dirigir y coordinar las labores técnicas, científicas y administrativas de vigilancia en salud pública y con la Red Nacional de Laboratorios, apoyar a los entes territoriales en el desarrollo de sus capacidades de vigilancia epidemiológica, investigación y control de las amenazas a la salud de su población.
- Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos sobre eventos en Salud Pública.
- Asesorar en el diagnóstico de laboratorio para los eventos de salud pública que se requieran.
- Analizar la información del comportamiento y la dinámica de los eventos de interés en salud pública en los centros carcelarios y el país con la información recolectada a través del sistema de vigilancia.
- Brindar asistencia técnica y asesoría a las entidades territoriales para el desarrollo de acciones con el fin de detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los casos de interés en salud pública, medidas de aislamiento, cierre o cuarentena de los centros carcelarios.

6.5 Dirección del Establecimiento Carcelario o Penitenciario

- Comunicar cualquier cambio del comportamiento epidemiológico de eventos de interés en salud pública del Establecimiento Carcelario a la Dirección del INPEC, a nivel regional y nacional.
- Facilitar y permitir el desarrollo de las acciones de control, contención, promoción o prevención realizados por la entidad territorial y el asegurador, ante los eventos de interés en salud pública.
- Acatar las directrices de las Secretarías de Salud y las recomendaciones del prestador de servicios de salud para el control de cualquier evento de salud pública.
- Socializar las medidas de control ante el evento de interés en salud pública presentado, a la población carcelaria, familia, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de derechos humanos, entidades de control, Personería del municipio, Contraloría General de la Nación, entre otras.
- Dar cumplimiento a los compromisos adquiridos y a las exigencias realizadas durante las visitas técnicas en salud pública de la entidad territorial de acuerdo a su competencia y a la normatividad vigente.
- Ordenar la aplicación permanente de las medidas de bioseguridad establecidas para evitar la propagación de eventos de interés en salud pública y verificar su cumplimiento.

- Construir en articulación con el prestador de servicios de salud el plan para atención de emergencias de salud pública.
- Seguimiento y/o cumplimiento de los requerimientos dados por la autoridad sanitaria relacionados con las acciones de IVC.

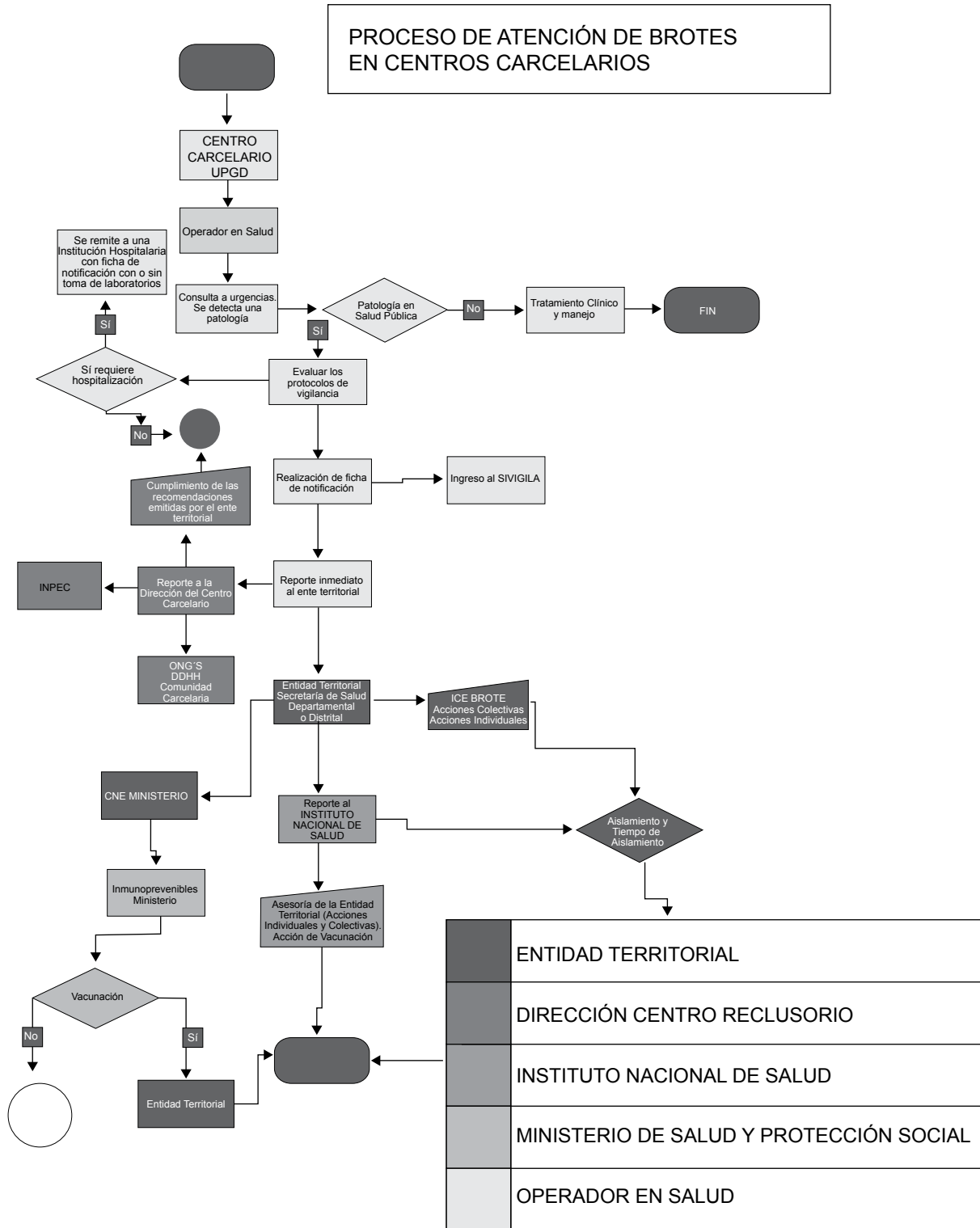
6.6 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)

- Establecer el enfoque, las estrategias, los programas y las acciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento de la normatividad existente.
- Definir, difundir y hacer seguimiento a los lineamientos técnicos, protocolos y guías establecidas para la prevención y la intervención de brotes. Estos lineamientos deben contemplar dos aspectos, el primero, relacionado con las obligaciones propias de la protección de la salud de la población interna por parte del INPEC; la segunda, por parte de la EPS.
- Establecer un sistema de vigilancia de los riesgos y emergencias de salud pública.
- Verificar el cumplimiento de las directrices trazadas.
- Articularse con entidades rectoras y entidades de vigilancia y control del SGSSS, con el objeto de hacer parte integrante de los sistemas de vigilancia en salud pública.
- Verificar la disponibilidad y suministro de los recursos para la implementación de las acciones colectivas necesarias, en cumplimiento de las guías técnicas, tales como la construcción de áreas de aislamiento en los establecimientos, elementos de limpieza y desinfección de pabellones afectados, elementos de protección personal para población expuesta–funcionarios del establecimiento involucrado, entre otras.
- Verificar las condiciones de IVC sanitarias manifestadas en la visita de la DTS correspondiente inherentes a alimentos y saneamiento básico. Así mismo destinar los elementos y presupuesto necesario para acciones correctivas.
- Involucrar a los contratistas de alimentos en las acciones de control y medidas correctivas a implementar.

6.7 Ministerio de Salud y Protección Social

- Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
- Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
- Realizar monitoreo, evaluación y notificación de los eventos de salud pública de importancia internacional que se registren en el país a la Organización Mundial de Salud (OMS).
- Coordinar y orientar la respuesta nacional ante riesgos o emergencias de salud pública en conjunto con las entidades adscritas y las entidades territoriales.
- Orientar el actuar de los responsables en salud pública con el fin de detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los eventos de interés en salud pública.

Figura 3. Flujograma para la vigilancia en establecimientos penitenciarios y carcelarios



7 CAPÍTULO VII: ACCIONES ANTE LA PRESENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Como ya se ha mencionado en líneas previas y se reitera en cada uno de los protocolos de vigilancia en salud pública (que pueden ser consultados en la página web del INS), ante la presencia de eventos que representan un riesgo para la salud pública se debe:

1. Notificar dentro de las primeras 24 horas.
2. Realizar acciones individuales de acuerdo con lo establecido en el protocolo o guía de atención.
3. Realizar acciones colectivas para la prevención y control.
4. Evaluación de las intervenciones desarrolladas.
5. Aplicación de medidas sanitarias (salud ambiental).

7.1 Notificación

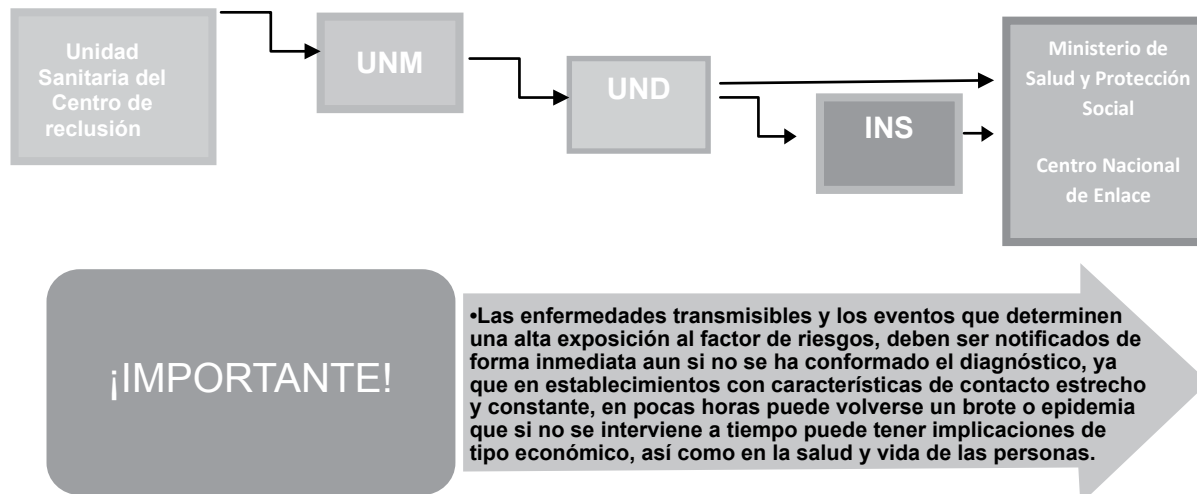
La notificación puede ser de manera formal por la cual ingresa al sistema desde las UPGD, UNM o UND, o informal y es el procedimiento por el cual cualquier miembro de la comunidad, de las organizaciones comunitarias, de los prestadores de servicios, públicas y privadas o de los aseguradores (EPS), así como de los medios de comunicación, comunican oficial o extraoficialmente a la autoridad sanitaria correspondiente la presencia de un factor de riesgo o de una enfermedad, potencial o presente y que debe ser atendida con diligencia y responsabilidad. Su propósito es informar a los pertinentes para generar actividades de prevención, control e información al respecto en los diferentes niveles de atención. Sus objetivos son detectar en forma rápida situaciones de riesgo que alteren o puedan alterar la salud de la comunidad, mantener actualizado el comportamiento de los eventos vigilados, orientar y apoyar las medidas de control necesarias ante la presencia de riesgos o de factores de riesgo.³

La notificación formal en el sistema de vigilancia se lleva a cabo a través de un subsistema (SIVIGILA), el cual es alimentado por la información que se captura a través de las fichas de notificación (datos básicos y complementarios de acuerdo al evento, disponibles en la página web del INS). La información que se diligencia en estos formatos resulta de vital importancia para el análisis y verificación de la existencia del evento, sin embargo para notificar una situación de alerta de forma inmediata, esta comunicación debe hacerse de inmediato y sin barreras para que llegue a donde debe llegar, es decir, las autoridades sanitarias que deben intervenir. Actualmente y con el fin de que este proceso sea más organizado existen profesionales en cada UNM, UND y en el nivel nacional, disponibles las 24 horas durante todo el año y su responsabilidad es recibir la notificación de emergencias en salud pública y garantizar una respuesta oportuna ante dichos eventos, toda vez que están estructurados los equipos de respuesta inmediata en salud pública a nivel territorial y nacional que cuentan con referentes específicos de eventos y se cuenta con la red nacional de laboratorios cuyo fin es determinar el agente causal de los eventos desde el punto de vista de salud pública.

En el caso de los establecimientos carcelarios es indispensable que exista un mecanismo de disponibilidad de los profesionales de salud de la unidad de atención médica, quienes al igual que los disponibles departamentales y municipales tienen la responsabilidad de asegurar que se detectará, notificará y controlará de forma oportuna la aparición de riesgos y eventos de interés en salud pública.

3 Ministerio de Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Manual para la atención e investigación en brotes, epidemias y emergencias en salud pública. 2011.

Figura 4. Flujo de la notificación eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios.



7.2 Acciones individuales

Las acciones individuales que se deben llevar a cabo ante eventos de interés en salud pública se desarrollan según el tipo de evento. Dichas actividades están descritas en los protocolos de vigilancia y en las guías de manejo y obedecen a la evidencia existente para el diagnóstico, manejo terapéutico y recuperación de las personas afectadas. Sin embargo es importante considerar entre ellas:

- Aislamiento (según evento).
- Recolección de muestras.
- Aplicación de medidas terapéuticas no farmacológicas.
- Aplicación de medidas terapéuticas farmacológicas.
- Hospitalización en caso de ser necesario, así como consulta inmediata en caso de presentarse síntomas.
- Rehabilitación, entre otras.

Es obligación de la unidad de atención médica del establecimiento carcelario y penitenciario, disponer de la tecnología e infraestructura para brindar la atención individual requerida por el paciente y será el médico tratante quien defina la conducta terapéutica a seguir y la remisión a una IPS de mayor nivel de complejidad de ser necesaria.

7.2.1 Aislamiento en cárceles

El aislamiento es una de las medidas de control utilizadas desde tiempos antiguos y en medio de las limitaciones científicas de aquellas épocas, demostró su efectividad al evitar el surgimiento de más casos y realmente era la única medida de prevención y control disponible al desconocer totalmente los mecanismos de transmisión y la etiología de las enfermedades infecciosas. Debido a esta situación, el aislamiento tomó una condición peyorativa y discriminatoria, ya que al no disponer de medidas de prevención y curación efectivas, aislar a los enfermos del resto de la población sana se constituyó en la mejor alternativa, más que para curar, para evitar el contagio.

En la actualidad, el aislamiento es aún utilizado, incluso en ámbitos hospitalarios e instituciones en las cuales se encuentra población en contacto estrecho y constante como es el caso de batallones, conventos, seminarios, hogares geriátricos, penitenciarías y cárceles.

El aislamiento se define como la separación de las personas enfermas que puedan transmitir la enfermedad a la población restante o susceptible. El periodo de tiempo del aislamiento se definirá de acuerdo al periodo de transmisibilidad de la enfermedad.⁴

¡IMPORTANTE!

• Cuando el evento que se detecte, ya sea sospechoso, probable o confirmado, se trate de un evento transmisible, la unidad sanitaria del centro de reclusión deberá realizar un proceso de AISLAMIENTO con este paciente, dado que las características de estos centros facilitarán la propagación de la misma.

Respecto a las medidas de aislamiento, la unidad de atención médica del establecimiento penitenciario y carcelario debe disponer de un área que satisfaga los requerimientos para favorecer su propósito. Es importante tener en cuenta que en este tipo de establecimientos existen limitaciones de espacio que no permiten adecuar grandes áreas para aislamiento de enfermos, por esto, una detección temprana de los primeros casos así como su diagnóstico y tratamiento oportuno permitirá cortar rápidamente la cadena de transmisión.

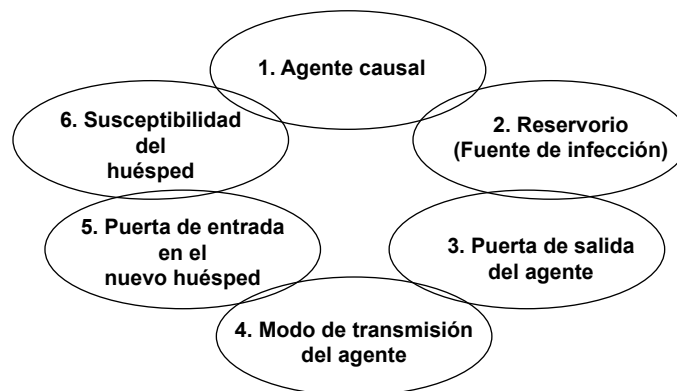
En las disposiciones de aislamiento se recomienda sensibilizar tanto al interno como a su familia, pues en la medida en que esta acción sea interpretada como protección para el paciente y su núcleo social, esta será adoptada de forma voluntaria y no generará crisis sociales e institucionales.

Otra indicación importante es que todo interno con diagnóstico probable o confirmado de un evento de interés en salud pública, no debe ser trasladado a otro centro carcelario u otro lugar en el que pueda ser una fuente de contagio; en el caso de que dicho traslado sea imprescindible, debe informarse y proveerse acerca de medidas de seguridad y protección al personal que lo traslada y también debe informarse al personal de la unidad de atención médica del centro carcelario que lo acogerá para que lleve a cabo las medidas pertinentes.

7.2.1.1 Precauciones de aislamiento

Esta medida, que debe aplicarse a la población interna y personal laboral del establecimiento que presente o se sospeche padezca de una enfermedad infectocontagiosa, tiene como objetivo evitar la diseminación del agente etiológico mediante acciones que garanticen la interrupción de la cadena epidemiológica de transmisión en cualquiera de sus elementos los cuales se pueden observar en la figura 5.

Figura 5. Cadena epidemiológica de enfermedades transmisibles



⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes Biológicos. España.

Las “Precauciones basadas en la transmisión” están diseñadas para pacientes conocidos o sospechosos de estar infectados o colonizados por patógenos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes para los cuales es necesario agregarle a las “Precauciones estándar” precauciones adicionales para interrumpir la transmisión en el hospital. Existen tres tipos de “Precauciones basadas en la transmisión”: precauciones aéreas, precauciones por gotas y precauciones de contacto. Pueden ser combinadas para enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se aplican solas o combinadas deben ser usadas en conjunto con las “Precauciones estándar” –como puede observarse en los Anexos 2 y 3– estas deben aplicarse a todos los pacientes que se internan en la institución.⁵

Las “Precauciones estándar” sintetizan la mayoría de las características de las “Precauciones universales” –sangre y fluidos orgánicos– diseñadas para disminuir el riesgo de transmisión de patógenos transmisibles por sangre/fluidos orgánicos y el “Aislamiento de sustancias corporales” –diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos de las sustancias corporales húmedas–. Las “Precauciones estándar” se aplican a: 1) sangre; 2) todos los fluidos corporales, excepto sudor, contenga o no sangre visible; 3) piel no intacta; y 4) membranas mucosas. Dichas precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infecciones nosocomiales reconocidas o no.⁶

Las categorías de aislamiento definidas por el CDC son dos generales y cuatro grupos de específicas así:

GRUPOS	TIPOS	DESCRIPCIÓN	TRABAJADOR DE LA SALUD - GUARDIA	PACIENTE
GENERALES	Precauciones empíricas	Se utilizan con todo paciente a quien se le sospeche enfermedad infectocontagiosa (tos paroxística, fiebre, infección respiratoria no específica, exantemas, erupciones, gérmenes multirresistentes, sospecha de cólera).	Lavado de manos antes y después de realizar procedimientos al paciente. Uso de mascarilla si se sospechan infecciones de transmisión aérea o por gota. Uso de mascarillas de seguridad si se sospecha TBC bacilífera o varicela (enfermedad vesículo-ampollosa). Cuarto individual. Toma oportuna de cultivos, informe rápido de tinción de Gram e inicio de antibioticoterapia. Tener en cuenta todas las precauciones estándar.	Uso de mascarilla si se sospechan infecciones de transmisión aérea o por gota.

5 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Guías para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias. 2004.

6 Sociedad Argentina de Infectología. Guía para las precauciones de aislamiento. 2008.

GRUPOS	TIPOS	DESCRIPCIÓN	TRABAJADOR DE LA SALUD - GUARDIA	PACIENTE
GENERALES	Precauciones estándar	Se deben utilizar con todos los pacientes y son las relacionadas con el lavado de manos y uso de barreras mecánicas y la etiqueta de la tos.	<p>Lavado de manos antes y después de todo procedimiento, de tocar al paciente o tocar sangre o líquidos corporales.</p> <p>Etiqueta Respiratoria.</p> <p>Uso de mascarilla y lentes en procedimiento que generen salpicadura o aerosoles.</p> <p>Uso de guantes al tener contacto con sangre, líquidos corporales, etc., las manos deben lavarse después de quitarse los guantes (se excluye solo el sudor como líquido corporal de riesgo biológico).</p> <p>Uso de bata impermeable en procedimientos donde se generen salpicaduras.</p> <p>No colocar protectores a las agujas, colocarlas en recipientes de paredes duras.</p>	Etiqueta Respiratoria.
ESPECÍFICAS	Precauciones por gota	Están indicadas para evitar transmisión por partículas mayores de cinco micras, generadas al hablar, toser o estornudar o al realizar procedimientos (succiones y broncoscopias), cuando se está a una distancia menor de 90 cm.	<p>Uso de mascarilla quirúrgica (de tela) para uso a menos de 2 metros o realizar cualquier procedimiento.</p> <p>Guantes, bata y gafas si hay riesgo de salpicadura.</p> <p>Aireación del cuarto.</p> <p>Lavado de manos antes y después de tocar al paciente.</p> <p>Artículos contaminados deben ser desinfectados y luego esterilizados.</p>	<p>Cuarto aislado: Pacientes con un mismo germen pueden compartir la misma habitación.</p> <p>Ubicar al paciente a una distancia no menor de un metro de los otros pacientes.</p> <p>Si es necesario movilizar al paciente, ponerle mascarilla quirúrgica.</p>
	Precauciones Por Aerosoles	Es el aislamiento que evita la transmisión de partículas menores o iguales a cinco micras, que puedan permanecer suspendidas en el aire por periodos prolongados y que puedan ser inhaladas por individuos susceptibles.	<p>Cuarto aislado: con presión negativa de aire.</p> <p>Mascarilla de alta eficiencia.</p> <p>Transporte del paciente limitado y en caso necesario ponerle mascarilla quirúrgica (N.R II).</p> <p>Guantes para todo contacto directo con el paciente o sus secreciones.</p> <p>Bata solo si hay riesgo de salpicadura.</p> <p>Restricción de la visita (N.R II).</p> <p>Funcionarios con VIH, inmunosuprimidos o con infección respiratoria activa no deben ingresar a la habitación (N.R Ib).</p> <p>Estricto lavado de manos al estar en contacto con el paciente o sus fluidos (N.R Ia).</p> <p>Artículos contaminados deben ser desinfectados y luego esterilizados antes de ser descartados.</p>	

GRUPOS	TIPOS	DESCRIPCIÓN	TRABAJADOR DE LA SALUD - GUARDIA	PACIENTE
		Precauciones por contacto	El contacto es el modo de transmisión más importante y frecuente de las infecciones. Puede ser: directo, persona a persona o indirecto a través de objetos inanimados como guantes, ropa, fómites.	<p>Guantes: se deben remover antes de salir de la habitación del paciente (N.R Ib).</p> <p>Bata, tapabocas y gorro: se usa para entrar en contacto con el paciente (N.R Ib).</p> <p>El lavado de manos es absolutamente necesario antes y después de tocar el paciente (N.R Ia).</p> <p>Limitar al mínimo el transporte del paciente. (N.R II).</p> <p>Los objetos inanimados y el ambiente tienen un papel importante en la diseminación del microorganismo, por lo tanto se deben realizar exhaustivamente la limpieza y desinfección de elementos y superficies como camas, barandas de cama, mesas de noche, teléfono, chapas, baños. Sanitarios etc. (N.R II).</p>
Precauciones por vectores	Para enfermedades transmitidas por vectores durante el periodo de viremia o parasitemia.	Aislamiento.	<p>El paciente permanecerá dentro del toldillo o mosquitero, en caso de malaria se coloca el toldillo hasta que haya finalizado el tratamiento y los hemoparásitos sean negativos.</p> <p>INSTALACIÓN.</p> <p>Las instituciones sanitarias de atención o lugares de ubicación de los pacientes deben estar libres de vectores transmisores en sus estadios larvario y adulto, mediante procesos físicos de eliminación de todos los criaderos potenciales.</p>	

Para inquietudes sobre los aspectos a tener en cuenta en cada tipo de aislamiento se recomienda revisar los anexos 2 y 3 de esta guía.

7.2.1.2 Consideraciones especiales para aislamiento en cárceles

De acuerdo con lo establecido en el artículo 126 de la Ley 65 de 1993, el aislamiento como medida preventiva se podrá imponer en los centros de reclusión en los siguientes casos:

1. Por razones sanitarias.
2. Cuando se requiera para mantener la seguridad interna.
3. Como sanción disciplinaria.
4. A solicitud del recluso previa autorización del director del establecimiento.

En el caso de aislamiento por medidas preventivas, estas deben aplicarse solamente durante el tiempo estrictamente necesario para el restablecimiento de la normalidad.

Adicionalmente en el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977, se establecen las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos entre las cuales se menciona que el médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.⁷

Suplementariamente la Organización Mundial de la Salud en su publicación “*Guía de los puntos esenciales de la salud penitenciaria de la OMS*”, del año 2007 menciona que: “Los médicos (...) no deben actuar en connivencia con las medidas para segregar o restringir el movimiento de prisioneros salvo que existan razones puramente médicas.

Implementar una medida de aislamiento en cárceles requiere tener en cuenta algunas consideraciones especiales que dificultan el desarrollo de este procedimiento, tales como la carencia de suficientes espacios disponibles, las visitas programadas a las que los internos tienen derecho, los conflictos entre internos que impiden su agrupación, entre otros. Dado lo anterior, se debe tener en cuenta que debe ser un proceso en el que las personas sujeto de dicho aislamiento deben estar plenamente conscientes de que se trata de una medida de seguridad para él y su núcleo social y familiar.

El aislamiento responde a la necesidad de evitar el contacto entre los casos probables, confirmados o en periodo de incubación con los susceptibles como lo son los trabajadores de la penitenciaría (salud y otros), los reclusos y los visitantes.

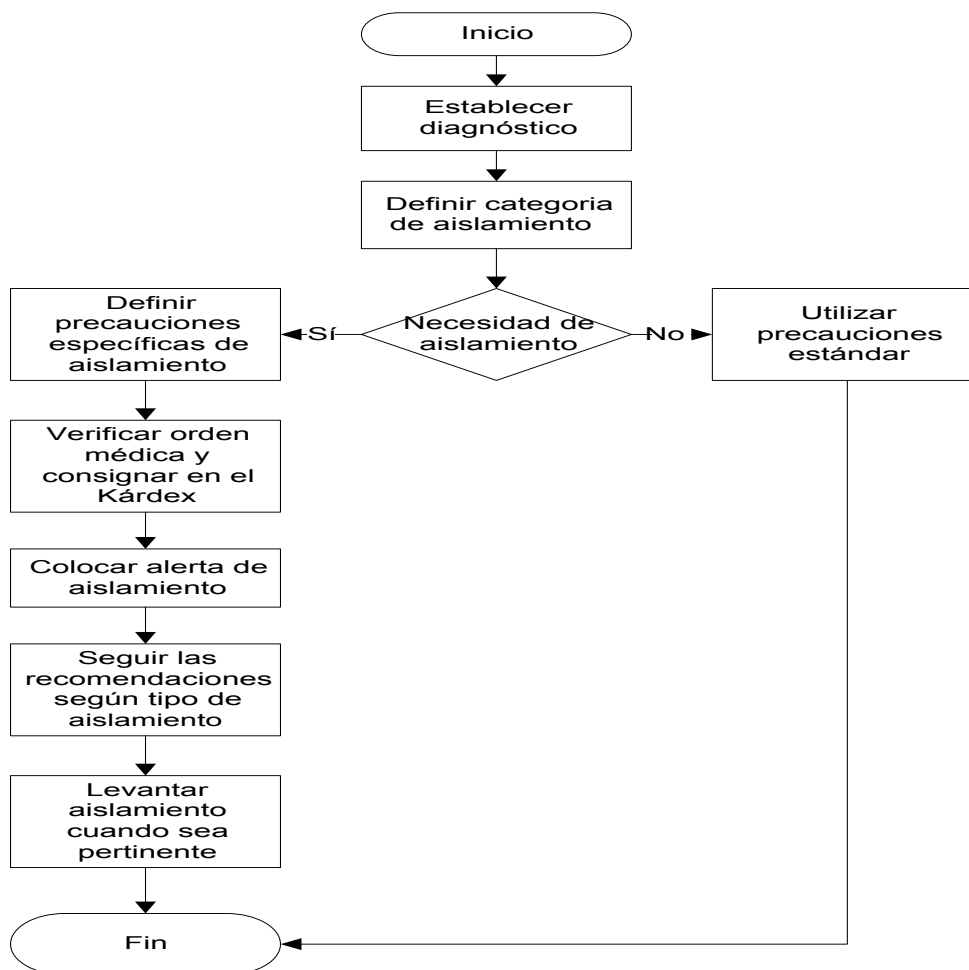
7.2.1.3 Criterios para establecer aislamiento

- La patología que está afectando a la población carcelaria.
- Cómo se va a realizar: si es por gota, aerosol, contacto, vectores.
- Por cuánto tiempo se mantendrá el aislamiento. De acuerdo a la patología y el periodo de transmisibilidad. Levantamiento de la medida: de acuerdo a la patología y a un consenso de expertos.

7.2.1.4 Estrategias para su implementación

- Sensibilización a la población carcelaria y a visitantes.
- Diseño de espacios apropiados para ello.
- Disponibilidad de los elementos requeridos.

Figura 6. Algoritmo de seguimiento a casos en aislamiento



Fuente: Adaptación a documento de trabajo del Hospital Departamental de Villavicencio (Meta). 2000

7.3 Acciones colectivas

Las acciones colectivas en su mayoría igualmente se encuentran descritas en cada protocolo de vigilancia y están circunscritas por el tipo de evento que se enfrenta. Estas acciones están dirigidas a identificar la fuente, los contactos que podrían estar infectados y romper la cadena de transmisión del agente causal; entre ellas se encuentran:

- Investigación epidemiológica de campo.
- Identificación y recolección de muestras de contactos.
- Búsqueda Activa Comunitaria e Institucional.
- Acciones de control enfocadas a los factores de riesgo.
- Acciones para disminuir la vulnerabilidad.
- Acciones de cuarentena.

- Desarrollar las medidas de prevención y control del caso.

7.3.1 Investigación epidemiológica de Campo

La investigación epidemiológica de campo en general y el estudio de brotes en particular son actividades muy importantes dentro de la vigilancia epidemiológica, pues sus resultados permiten a los servicios de epidemiología profundizar sobre el conocimiento del espectro clínico de una enfermedad, su magnitud y gravedad e identificar a los grupos más susceptibles y los factores de riesgo asociados al evento estudiado en un ambiente sociocultural determinado.⁸

Para la investigación de campo es necesario tener en cuenta los 10 pasos avalados por el CDC de lo cual resulta la descripción epidemiológica del evento de acuerdo a tiempo, lugar y persona. Esto permite el diseño de un plan de mejoramiento con acciones a corto, mediano y largo plazo.

Los 10 pasos descritos son:

1. Preparar el trabajo de campo.
2. Establecer la existencia del brote.
3. Verificar el diagnóstico.
4. Definir e identificar los casos: Establecer la definición de casos e identificar y contar el número de casos.
5. Descripción epidemiológica del brote.
6. Plantear hipótesis.
7. Confirmar las hipótesis planteadas.
8. Si es necesario, reconsiderar y mejorar las hipótesis.
9. Desarrollar las medidas de prevención y control del caso.
10. Comunicación de los hallazgos.

En el caso de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, que ante la presencia de brotes requerirán del apoyo de las secretarías de salud municipal y departamental o de los hospitales públicos responsables de la salud pública de su jurisdicción, para su caracterización y estudio, se deberá realizar con celeridad la gestión necesaria con el objeto de facilitar la entrada del personal delegado para dicho proceso. De acuerdo con lo establecido en el decreto 3518 del 2006 y la ley 9 de 1979 ante emergencias o riesgos en salud pública se debe actuar de forma inmediata, por ende no deben existir barreras de acceso para cumplir con este proceso.

7.3.2 Identificación y recolección de muestras de contactos

Los contactos son personas o animales que han estado en relación directa o indirecta con personas o animales infectados, o con ambiente contaminado, y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección.⁹ El tipo de contacto que se debe buscar y evaluar depende en gran medida del mecanismo de transmisión del evento que se está investigando, por ejemplo el contacto que se busca en VIH es diferente al tipo de contacto que se busca en una enfermedad respiratoria o en una hepatitis A. Estas personas pueden cursar con o sin sintomatología relacionada con el caso índice, sin embargo independientemente de su condición y teniendo en cuenta los periodos de

⁸ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Módulo investigación epidemiológica de campo y estudio de brotes. Tomado de: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/512/1/investig%20de%20campo%20y%20estudio%20brotes.pdf>.

⁹ Diario Oficial de la federación. Norma Oficial Mexicana, Nom-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica. México 1994.

incubación y transmisibilidad se debe realizar la respectiva recolección de muestras, aislamiento (según el caso) y profilaxis de acuerdo con lo establecido en el protocolo respectivo.

Es importante que en los establecimientos carcelarios se realicen estas acciones de forma inmediata para evitar que estos contactos propaguen el evento al resto de la población reclusa.

7.3.3 Búsqueda activa comunitaria e institucional

La búsqueda activa es un proceso que implica una acción proactiva para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema. Es una fuente de información más y un instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina, porque permite detectar casos que escapan al sistema.¹⁰ Lo que se busca son personas que tengan síntomas relacionados con el evento investigado.

Institucional: la Búsqueda Activa Institucional (BAI), se realiza a través de la revisión de registros de consulta externa, urgencias y hospitalización, así como a través de entrevistas con los trabajadores de salud.

Para el caso de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, la BAI se aplicaría a los registros de consultas en la Unidad de Atención Médica en los últimos días o meses de acuerdo con el evento que se esté investigando.

Comunitaria: la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) se realiza a través de entrevistas a la comunidad, que hace parte del centro carcelario o penitenciario e incluye las personas privadas de la libertad, personal externo que ingrese al establecimiento y funcionarios del recinto carcelario.

Cuando se encuentran nuevos casos, deberán recibir la atención individual correspondiente y se deben tomar las medidas de prevención y control según el evento. Adicionalmente, se debe mantener informada a la autoridad sanitaria correspondiente mediante la notificación de los nuevos casos.

7.3.4 Identificación de factores de riesgo ante los potenciales eventos

La Ley 715 de 2001, establece las competencias del sector salud en materia de inspección, vigilancia y control sanitario, con lo que se pretende mejorar el estado de salud de la población colombiana, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana y propone como líneas de política: la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

La inspección, vigilancia y control en el área de la salud pública también se denomina simplemente vigilancia y control sanitario; el Decreto 3518 de 2006 que crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) la define como la “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana”.

Las actividades de IVC incluyen siempre la existencia de un cuerpo de normas jurídicas que establecen los valores estándar o aceptados de las condiciones sanitarias de productos o establecimientos y faculta a las autoridades sanitarias a inspeccionarlas o verificarlas e imponer medidas sanitarias preventivas o sancionatorias que garanticen la protección de la salud pública.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo IV: Vigilancia epidemiológica. Washington, D.C.: OPS, 2006.

Ahora bien, dentro de los factores sanitarios y ambientales que afectan a la salud se destacan: el abastecimiento de agua potable y el saneamiento, la vivienda y el hábitat; la seguridad alimentaria; riesgo biológico, la contaminación ambiental derivada del empleo de productos químicos y los riesgos ocupacionales. Por otra parte, algunos de los componentes tendenciales de orden estructural que afectan la salud ambiental, son la inequidad social y el subdesarrollo, las restricciones a la democracia, el uso irracional de los recursos naturales, las políticas macroeconómicas excluyentes, el incremento de la población, el desempleo y subempleo, los modelos de asentamientos y el deterioro creciente de la calidad del hábitat urbano.

Agua, aire y saneamiento básico:

Hace referencia a las acciones sectoriales e intersectoriales para potencializar la promoción, prevención, control de los factores de riesgo y vigilancia de la salud pública; en la calidad del agua para consumo humano, uso terapéutico y recreacional, zonas de exposición a riesgo por residuos sólidos y líquidos, y contaminación atmosférica, con el objeto de alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental y reducción de los riesgos para la salud.

Seguridad química:

Desde el ámbito de la salud ambiental, la seguridad química, es la prevención de los efectos adversos a la salud humana, a corto y largo plazo, inherentes a la exposición laboral, ambiental e intradomiciliaria, derivados de la gestión de las sustancias químicas en las diferentes etapas de su ciclo de vida.

Hábitat:

Es el lugar que habita el ser humano, refiriéndose no solo a las acciones físicofuncionales e instrumentales de la vivienda, la ciudad y los territorios, sino a la forma como los habitantes le damos sentido a nuestro entorno y este a su vez nos lo da, al ser parte esencial de la complejidad constitutiva del individuo y la sociedad.

Dentro de los subcomponentes de hábitat, encontramos riesgo biológico, que comprende las zoonosis, vectores y reservorios de interés en salud pública, accidentes ponzoñosos y ofídicos (rabia, leptospirosis, brucelosis, el control integral de vectores y de roedores, plagas, entre otros).

Con base en lo anterior se identifica el factor de riesgo, el cual hace referencia al agente causal relacionado con cada evento que puede ser biológico, químico, físico, entre otros y que puede ocasionar daño a la salud.

Entre las acciones de control con los factores de riesgo se pueden encontrar:

Riesgos Biológicos

Teniendo en cuenta la definición de riesgo biológico como *“aquel producido por la exposición a agentes vivos, ya sean virus, bacterias, parásitos, hongos, capaces de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad. Afecta de forma muy especial a colectivos como agricultores, ganaderos, personal sanitario, de laboratorios o en condiciones de conglomerados. El crecimiento del sector terciario y, más concretamente, los servicios de atención al público (educación, servicios sociales, administración pública) multiplican los contactos interpersonales y aumentan el riesgo de transmisión de enfermedades”*. Así mismo el hacinamiento y la falta de higiene y limpieza adecuada en locales de trabajo favorecen, también, la aparición de enfermedades infecciosas. (Guía técnica para la prevención del riesgo en lugares de trabajo, INSHT, España).

Una vez revisada esta definición y con el fin de servir de soporte para las acciones en los centros de reclusión, se consideran entonces como los principales riesgos, aquellos que están representados por:

Rabia, en especial la denominada rabia silvestre ocasionada por agresiones por murciélago, o transmitida principalmente por caninos o felinos, la cual se previene mediante la aplicación de biológico profiláctico, en los perros y gatos. Los internos que sean agredidos por animales potencialmente transmisores de la rabia, deben ser valorados de forma oportuna de acuerdo con el protocolo de vigilancia establecido por el INS.

Otras enfermedades de interés sanitario en la población carcelaria pueden ser: leptospirosis, tifus murino, teniasis - cisticercosis, leishmaniasis, malaria, fiebre amarilla, dengue, chagas, hepatitis, infección respiratoria aguda, varicela, entre otras.

Riesgos químicos

Tiene en cuenta el factor de riesgo químico susceptible de ser producido por una exposición a agentes químicos entendiéndose este como cualquier sustancia que pueda afectar la salud, por exposición inhalatoria, por ingestión o dérmica. La exposición puede producir efectos agudos o crónicos y la aparición de diferentes enfermedades asociadas.

Teniendo en cuenta el concepto de riesgos químicos y como soporte para las acciones en los centros de reclusión, se consideran entonces como los principales riesgos químicos aquellos que están representados por manipulación de solventes en talleres de mecánica, carpintería y desinfectantes y detergentes en actividades de limpieza y desinfección. De igual manera son de interés y de notificación obligatoria las intoxicaciones y brotes por exposición a metanol, sustancias psicoactivas y plaguicidas.

Las acciones estarían encaminadas a limitar la exposición a las sustancias químicas tóxicas, nocivas y/o irritantes, incluyendo distintas fuentes, como dieta, aire, agua, medicamentos, vacunas, así como la exposición ocupacional. Por otro lado, cuando existen alertas sobre productos que no cumplen con límites de composición en lo referente a químicos, se deben realizar acciones de decomiso y destrucción de productos de acuerdo a lo establecido en la ley.

Riesgos físicos

Comprende los potenciales riesgos para la salud, generados por las deficiencias asociadas al inadecuado manejo de residuos sólidos y excretas, a la mala calidad del agua para consumo humano y a los inapropiados procesos de limpieza y desinfección que afectan directamente las condiciones de salud de los reclusos, trabajadores y la comunidad en general.

En este sentido y con el fin del mejoramiento de las condiciones de vida de internos, guardias y comunidad en general, así como de las condiciones sanitarias se contemplan intervenciones sobre la exposición a los factores de riesgos físicos asociados a la infraestructura y condiciones sanitarias, mantenimiento y aseo, servicios sanitarios, abastecimiento y almacenamiento de agua, manejo de residuos sólidos y líquidos, control de plagas, área de servicio complementario (celdas, patios, talleres, salas de trabajo, guarderías, etc.), dormitorios, lavandería, servicios de salud, prevención de emergencias y desastres.

Riesgos Radioactivos

Eliminación de fuentes de sustancias radiactivas y equipos emisores de radiaciones ionizantes.

7.3.5 Acciones para disminuir la vulnerabilidad

La vulnerabilidad se define como la propensión interna de un ecosistema o de algunos de sus componentes, entre ellos las personas a verse afectado por una amenaza, es decir a sufrir daño ante la presencia de determinado agente con potencial de daño. (CEPAL).

Para disminuir la vulnerabilidad de la población existen variadas estrategias entre las cuales se encuentran: información y educación a la comunidad sobre medidas higiénico-sanitarias, vacunación, dotación de elementos de protección tales como tapabocas, condones, o la entrega de toldillos para su uso para evitar el contacto con vectores transmisores de enfermedades, entre otras.

Los establecimientos de reclusión del INPEC, se han calificado como carcelarios y penitenciarios, tal como lo define la Ley 65 de 1993. Esta clasificación corresponde a la situación jurídica del interno (a); los establecimientos carcelarios incluyen principalmente, internos imputados o sindicados a quienes no se les ha dictado sentencia; los establecimientos penitenciarios, alojan primordialmente internos que tienen definida su situación jurídica, por lo tanto se encuentran condenados.

Así mismo, el INPEC, ha definido otra clasificación por la estructura de los establecimientos, de acuerdo con los niveles de seguridad, entre los que identifica establecimientos de mínima, mediana y alta seguridad. En la creación de cada establecimiento, la Dirección General del INPEC define el nivel de seguridad; por su parte la Dirección de infraestructura del Ministerio de Justicia, construye los establecimientos.

Por otra parte, cada uno de los internos condenados, ingresan al “Tratamiento Penitenciario” que incluye originalmente la clasificación en “fase de seguridad”, y la vinculación a los diferentes programas de tratamiento. Esta clasificación permite la reclusión de los internos de acuerdo con su fase de seguridad, en la estructura del establecimiento: mínima, mediana y alta seguridad. Los aspectos considerados para definir la fase de seguridad son básicamente el tiempo de condena cumplida, alta para los que no hayan cumplido la tercera parte de la pena, mínima para los que hayan cumplido con las dos terceras partes.

Otros establecimientos de reclusión especial como ERE, “Justicia y Paz”, alojan detenidos de diferentes fases de seguridad, que pertenezcan a los desmovilizados postulados por la Ley de Justicia y Paz, y los empleados públicos.

Todos los establecimientos de reclusión, acogiéndose a la Ley 65 y al Acuerdo 011 de 1995, formalizan el reglamento interno de cada uno, este documento, aprobado por la Dirección General del INPEC, define todos los aspectos de funcionamiento como disposición de los pabellones, ingreso de visitas a los internos, acceso de otras entidades, requisas a pabellones, estructura administrativa, tratamiento penitenciario, entre otras.

Para el hecho de acceso de funcionarios de otras entidades, es necesario precisar que para todos los efectos, el Director es el Jefe de Gobierno de cada establecimiento, quien autoriza el ingreso de los visitantes, sin embargo se precisa que la entidad debe relacionar mediante oficio el nombre de los funcionarios visitantes con el número de la cédula y señalar el motivo de la visita.

7.3.6 Aplicación de medidas sanitarias

Con base en la situación sanitaria encontrada la dirección territorial de salud en función de lo establecido en la Ley 9 de 1979, artículos 576 y 577 podrá aplicar:

Medidas de seguridad encaminadas a proteger la salud pública, serán de inmediata ejecución, tendrán carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, entre las cuales están las siguientes:

- a) Clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial;
- b) La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios;
- c) El decomiso de objetos y productos;

- d) La destrucción o desnaturalización de artículos o productos, si es el caso, y
- e) La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma una decisión definitiva al respecto.

7.3.7 Acciones de cuarentena

La cuarentena es definida como la restricción de actividad de personas aparentemente sanas que hayan estado expuestas al contagio de una enfermedad transmisible sin protección previa durante un periodo igual al periodo de incubación de la enfermedad. Son enfermedades de declaración obligatoria internacional y cuarentenables, según el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS el cólera (PI: 5 días), la fiebre amarilla (PI: 6 días) y la peste (PI: 6 días), entre otras.¹¹

7.4 Acciones específicas según el evento

7.4.1 Parotiditis y varicela:

Es importante adicionar algunos conceptos para la configuración del caso que sirven para la definición de conductas en salud pública, entre ellos, se encuentran los siguientes:

- **Rash vacunal:** es un salpullido de varicela en un niño recientemente vacunado para esta entidad. Aproximadamente el 4% de los niños vacunados desarrolla un rash generalizado, con promedio de cinco lesiones, 5 a 26 días posvacunación u 8 a 19 días posvacunación. El salpullido puede ser de apariencia atípica (maculo-papular sin las vesículas).
- **Enfermedad de brecha:** se define como un caso de infección por varicela tipo salvaje que ocurre 42 días luego de la vacunación en una persona con historia documentada de aplicación de la vacuna. Tal enfermedad casi siempre es moderada, de duración corta y menos de 50 lesiones en la piel.
- **Transmisión secundaria:** se define como un caso de varicela que ocurre entre 1 a 3 periodos de incubación (10-63 días) después de la exposición a virus salvaje o de la vacuna.

Por las características clínicas y epidemiológicas de la varicela, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- No se requiere la realización de estudio de campo en todos los casos reportados.
- Es necesario captar para todo caso los datos de identificación y localización, de tal forma que sea posible hacer un seguimiento de la incidencia y detectar la presencia de brotes en un área específica.
- Es indispensable estudiar a profundidad todas las muertes por varicela y explorar tanto las condiciones de susceptibilidad del caso como las características del proceso de atención; identificar factores determinantes relacionados con los servicios es útil para evitar la aparición de nuevos casos.
- La identificación rápida del caso sospechoso de varicela y la acción de salud pública son importantes para prevenir infección de personas susceptibles con riesgo alto para las complicaciones serias de varicela, como personas inmunocomprometidas y mujeres embarazadas.
- Los casos deben ser aislados hasta que secan las vesículas, especialmente de consultorios médicos, salas de urgencias y otros lugares comunes como talleres, educativas, rancho, comedores entre otros. El área de aislamiento debe estar garantizada por el INPEC, y debe contar con las condiciones necesarias para alojamiento y aislamiento respiratorio y de contacto con otras Personas Privadas de la Libertad (PPL), de igual forma el INPEC debe garantizar la desinfección de áreas de aislamiento contaminadas.

11 Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes Biológicos. España.

En el ámbito carcelario es necesario el aislamiento estricto por el riesgo de infección de pacientes inmunosuprimidos susceptibles.

- Debe realizarse desinfección concurrente del material contaminado con secreciones nasofaríngeas.

Evento	Varicela ^{1, 2, 3}	Parotiditis ^{4,5,6}
Periodo de incubación	El periodo de la incubación para la varicela es de 10 a 21 días después de la exposición, generalmente entre 14-16 días.	El periodo de la incubación para la parotiditis es de 16 a 18 días, con un rango entre 14 a 25 días.
Periodo de transmisibilidad	Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela, y persiste hasta que todas las lesiones están encostradas. Sin embargo, el contagio puede durar hasta el séptimo día después del inicio de las lesiones.	El virus ha sido aislado de la saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la parotiditis. El periodo de máxima virulencia abarca desde dos días antes del comienzo de la enfermedad hasta cuatro días después de este.
Contactos susceptibles	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus o haya sido previamente inmunizada. Población con mayor susceptibilidad de enfermar por varicela: Las personas de zonas rurales Los bebés y los niños; el grupo más propenso a ser infectado con varicela, se encuentran en algunas cárceles y los lugares de detención. Población con inmunodeficiencias o en tratamientos con corticoesteroides y embarazadas aumenta la probabilidad de enfermar gravemente por varicela.	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus o haya sido previamente inmunizada.
Aislamiento	Los casos deben ser aislados hasta que secan las vesículas, especialmente de consultorios médicos, salas de urgencias y otros lugares comunes como talleres, educativas, rancho, comedores entre otros.	Por lo general, es de forma ambulatoria con tratamiento sintomático, en la mayoría de casos con analgésicos y antipiréticos, y aislamiento respiratorio, que debe mantenerse hasta por 9 días desde el inicio de la inflamación.
Medidas de control	Deben aislarse todos los casos infecciosos y aplicar la vacuna con mayor brevedad a contactos susceptibles o evaluar la posibilidad inmediata de administrar la inmunoglobulina de varicela zoster en aquellos individuos con alto riesgo de enfermar gravemente.	Debe aislarse todos los casos confirmados hasta 9 días después de inicio de la parotiditis y suministrar información a todos los contactos de los casos sobre la enfermedad y la importancia de la consulta en caso de síntomas. Se deben tener en cuenta otras acciones como, control de áreas, limpieza y desinfección, control de plagas, manejo de utensilios, ropas e insumos.
Cuarentena	Aplica solo para aquellos lugares donde se encuentren personas con alto riesgo de enfermar gravemente.	No aplica

1 Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de de Varicela, Subdirección Vigilancia y control en Salud Pública- Instituto Nacional de Salud

2 Yellow Book, Chapter 3 Infectious Diseases Related To Travel : Varicella (Chickenpox) . Disponible en : <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/varicella-chickenpox.htm>

3 El control de las enfermedades transmisibles, Decimo Octava Edición, Organización Panamericana de la Salud

4 Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de de Parotiditis, Subdirección Vigilancia y control en Salud Pública- Instituto Nacional de Salud

5 Yellow Book, Chapter 3 Infectious Diseases Related To Travel :Mumps. Disponible en : <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/mumps.htm>

6 IDEM 3

Por las características clínicas y epidemiológicas de la varicela y parotiditis, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Desde el diagnóstico del primer caso de parotiditis o varicela se deben generar acciones individuales y acciones colectivas para garantizar el control del brote y realizar una adecuada vigilancia epidemiológica del evento en estos casos.
- Es necesario captar para todo caso los datos de identificación y localización, de tal forma que sea posible hacer un seguimiento de la incidencia y detectar la presencia de brotes en un área específica.
- Es indispensable estudiar a profundidad todas las muertes por varicela y explorar tanto las condiciones de susceptibilidad del caso como las características del proceso de atención; identificar factores determinantes relacionados con los servicios es útil para evitar la aparición de nuevos casos.
- El área de aislamiento debe estar garantizada por el INPEC, y debe contar con las condiciones necesarias para alojamiento y aislamiento respiratorio y de contacto con otras Personas Privadas de la Libertad (PPL); de igual forma el INPEC debe garantizar la desinfección de áreas de aislamiento contaminadas.
- Debe realizarse desinfección concurrente del material contaminado con secreciones nasofaríngeas.

7.4.2 Tuberculosis

El control de la tuberculosis pulmonar bacilífera (con baciloscopia o cultivo positivo) tiene mayor importancia epidemiológica a nivel carcelario que el resto de las formas de tuberculosis dada su transmisibilidad.¹² La vigilancia de la TB en prisiones debe realizarse de forma permanente identificando reclusos, personal de salud, de guardia, servicios generales o administrativo de la cárcel o centro penitenciario que cumpla con la definición de caso sospechoso (tos y expectoración por más de 15 días), a fin de registrarlos como sintomáticos respiratorios y posteriormente evaluar al 100% de estos para confirmar o descartar enfermedad aplicando criterios clínicos, epidemiológicos, radiológicos y especialmente bacteriológicos (Baciloscopia y cultivo).

Búsqueda de sintomáticos respiratorios:

La búsqueda de sintomáticos respiratorios en cárceles o centros penitenciarios debe realizarse por parte del personal de salud del INPEC, del personal de salud del servicio de sanidad contratado, por parte de los guardias, personal de aseo, personal administrativo e incluso por parte de líderes voluntarios de patios o pabellones, previamente capacitados. Todos ellos pueden aportar en la identificación oportuna de los casos para que se inicien prontamente los procedimientos para confirmación de la enfermedad ya descritos.

En las cárceles o establecimientos penitenciarios se deben aplicar las siguientes estrategias para captación de sintomáticos respiratorios:

a. Búsqueda activa¹³:

Realizada en dos momentos; el primero indagando por parte del médico del INPEC al 100% de reclusos durante el examen de ingreso a la Cárcel o al Centro Penitenciario, en el segundo, en la que se indaga en los pabellones, patios o celdas de forma periódica o se observa la presencia de reclusos con tos y expectoración por más de 15 días, los cuales se registran en el libro de sintomáticos respiratorios estandarizado por el programa nacional; se incluye

12 El Control de la Tuberculosis en Prisiones, Manual para Directores de Programa. Ginebra. OMS 1997.

13 Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de la libertad de América Latina y del Caribe. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, noviembre de 2008.

a personal de salud, de guardia, servicios generales y administrativo dado que en este tipo de establecimiento se concentran altas cargas de enfermedad y el riesgo para el resto del personal de adquirir la enfermedad tuberculosa es también alto.

La búsqueda activa, incluye aquella realizada para identificar a los contactos de los pacientes diagnosticados dentro de los 8 días después de confirmado el caso, con seguimiento posterior a los 6 y a los 12 meses, los cuales se deben buscar en la misma celda, pabellón o patio. La búsqueda también debe incluir a los familiares y/o visitantes de los pacientes; por lo tanto, es muy importante que el INPEC comunique esta situación tanto a estos familiares, como a las Direcciones Territoriales de Salud respectivas para que inicien la búsqueda en contactos extrapenitenciarios. Los contactos identificados deben inscribirse en la tarjeta de tratamiento del caso índice y en el formato para estudio de contactos definido por el programa nacional de prevención y control.

b. Búsqueda pasiva:

Aquella realizada en el consultorio médico; independientemente del motivo de la consulta debe indagarse acerca de la presencia de tos y expectoración por más de 15 días.

Recolección de muestras de esputo para examen bacteriológico

A todo sintomático respiratorio se le debe ordenar y realizar baciloscopia seriada de esputo y cultivo en cada una de las IPS del ente que preste servicios de salud en los establecimientos carcelarios; ante la presencia de un caso probable de tuberculosis extrapulmonar es necesaria la realización de exámenes de laboratorio (aspirados, biopsia, test de Adenosina Deaminasa-ADA) y la utilización de otras ayudas diagnósticas como Rayos X, TAC, Resonancia magnética u otras que permitan junto con el examen clínico confirmar o descartar el caso.

La recolección de la muestra de esputo debe hacerse en ayunas (1 cada día) y bajo estricta supervisión para evitar el tráfico de muestras. La toma debe realizarse en sitios con buena iluminación y ventilación, y las muestras deben ser rotuladas con el nombre del paciente e identificación de la celda, pabellón o patio y remitidas al laboratorio bien tapadas, protegidas de la luz y el calor lo más pronto posible (dentro de las 4 horas siguientes a la toma). Para pacientes que no expectoren, está indicada la realización de la toma de muestra de esputo inducido descrita en la guía de atención de la TB del Ministerio de Salud y Protección Social.

Diagnóstico

Se les debe garantizar a todos los S.R de Población Privada de la Libertad los siguientes exámenes de laboratorio: Baciloscopia seriada (tres muestras), cultivo y pruebas de sensibilidad a fármacos. Se podrían considerar pruebas adicionales en casos de brotes (por tal motivo se debe tener trazabilidad de todas las muestras y pruebas tomadas).

Acciones ante casos confirmados

La Guía de Atención Integral de la TB pulmonar y extrapulmonar contiene elementos normativos de obligatorio cumplimiento (detección, diagnóstico, tratamiento, quimioprofilaxis, seguimiento y normas administrativas del programa) y por tanto la realización de todos los procedimientos contemplados en la misma son responsabilidad de las aseguradoras (EPS del régimen contributivo, subsidiado y entidades adaptadas). Dichas actividades se realizarán con cargo a los recursos del POS y POS-S o de subsidio a la oferta para el caso de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se encuentran exentos de cuotas moderadoras y copagos.

Notificación

Se notifican los casos de TB confirmados durante el año vigente, de manera inmediata y obligatoria, en los formatos del SIVIGILA establecidos para ello, teniendo en cuenta el flujo de

la información establecido a nivel nacional IPS (UPGD) a la Dirección Territorial de Salud y a la EPS que corresponda para que continúe su flujo hacia el departamento y hacia la nación.

Inscripción del paciente en el programa de TB

Diligenciar el libro de registro de pacientes definido por el programa nacional en los Anexos de la Circular 058 de 2009 y posteriormente la tarjeta individual de tratamiento de tuberculosis, definiendo el esquema de tratamiento según guía de atención y la dosificación según el peso. A partir del libro de pacientes se elaborará el informe trimestral y anual de seguimiento de cohortes que debe ser entregado por el servicio de sanidad a la Dirección Territorial de Salud junto con el informe trimestral de actividades de tuberculosis y el informe trimestral de actividades en bacteriología.

Aislamiento del recluso con TB pulmonar, laríngea y/o tráquea según indicación médica

Se debe considerar que un paciente bacilífero en un centro penitenciario debe estar en un espacio específico mientras se considere que existe un potencial riesgo de transmisión a otros internos o al personal. Los internos, visitas y personal deberán mantener medidas de protección respiratoria mientras tengan contacto con el paciente y mientras se considere que persiste el riesgo de transmisión.

El tiempo de permanencia del interno (PPL) en las áreas de aislamiento respiratorio y de contacto es en promedio de 1 mes; sin embargo está condicionado al reporte negativo de una baciloscopia que se toma a los 30 días de iniciado el tratamiento. En todo caso el aislamiento no debe ser inferior a 20 días. En relación a los casos de tuberculosis extrapulmonar (excepto casos en laringe y tráquea), estos no requerirán ningún tipo de aislamiento.

Utilización de tapabocas

El paciente deberá utilizar tapabocas estándar esencialmente cuando esté con otros internos, personal del centro y cuando reciba visitas; este será suministrado diariamente por Caprecom o el asegurador que corresponda. El personal de salud, visitante u otro que tenga contacto con el paciente debe utilizar tapabocas de alta eficiencia N95.

Inicio de tratamiento a los enfermos

El médico debe indicar al paciente cómo y dónde le administrarán el tratamiento y debe explicarle lo extremadamente importante de su toma regular, y advertir del uso del tapabocas durante al menos 20 días después de iniciado el tratamiento. En lo posible, debe presentarle al paciente la persona que se encargará de la administración y supervisión del mismo, igualmente debe iniciar el proceso en el establecimiento con el fin de que se conduzca al paciente diagnosticado al área de aislamiento respiratorio y de contacto con otras PPL; esta área debe ser dispuesta por el INPEC en cada establecimiento con el fin de fortalecer las acciones preventivas conducentes a cortar la cadena de trasmisión. Cada dosis administrada debe ser registrada en la tarjeta individual de tratamiento.

El tratamiento debe iniciarse dentro de las primeras 24 horas después de confirmado el caso, según esquema de tratamiento definido en la Guía de atención, con suministro y administración (directa y estrictamente supervisada). Incluye valoraciones periódicas por enfermería, laboratorio y medicina definidas en la mencionada guía. Debe asegurarse estrecha comunicación con la Dirección Territorial de Salud y/o con los servicios de sanidad receptores en caso de excarcelación o traslado de los reclusos para asegurar la continuidad del tratamiento.

El manejo integral debe incluir asesoría para la realización de pruebas voluntarias para VIH y hacerla efectiva en caso de obtener el consentimiento. Debido a la asociación TB/VIH, a toda persona seropositiva sintomática respiratoria se le debe realizar baciloscopia seriada de esputo y cultivo para el diagnóstico de tuberculosis. El esquema recomendado en Colombia para estos

casos es el categoría I acorde a los lineamientos nacionales. El esquema podría tener ajustes si hay hallazgos clínicos (por ejemplo si los casos tienen además diabetes o VIH el esquema debe ser ampliado) o si las pruebas de susceptibilidad demuestran algún tipo de resistencia.

Vigilancia de la resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* a los fármacos:

Para vigilar la presencia de farmacoresistencia, se debe realizar cultivo por duplicado en medio Ogawa Kudoh a la mejor muestra del seriado de esputo (la que tenga sangre, la mucoide o la mucopurulenta), independientemente del resultado de la baciloscopia.

Todo cultivo positivo debe ser procesado para pruebas de identificación de la especie de *Mycobacterium* y para pruebas de sensibilidad a fármacos de primera línea. En caso de no contar con medios para hacer baciloscopias o cultivos, el prestador debe contratar un laboratorio de referencia externo a fin de remitirlas, dado que todos los procedimientos diagnósticos están incluidos en el POS de regímenes contributivo y subsidiado. También es posible realizar pruebas rápidas para determinar resistencia; sin embargo su uso no está masificado en el país.

Para procesar el cultivo en un laboratorio externo, puede transportarse la muestra de esputo en fosfato trisódico al 10% o puede ser transportada en el medio Ogawa Kudoh para su incubación, previamente inoculado por la técnica de Kudoh (descontaminando la muestra exactamente dos minutos en Hidróxido de Sodio –NaOH– al 4% y sembrando luego en el medio O.K. por presión y rotación. En todo caso la remisión de muestras y cultivos debe hacerse con el sistema de triple embalaje a fin de garantizar la bioseguridad, y de acuerdo a recomendaciones del Laboratorio de Micobacterias del INS. Los cultivos inoculados o las muestras remitidas en fosfato trisódico deben enviarse protegidas de la luz y en sistemas de triple embalaje ya descritos.¹⁴

Búsqueda de contactos

Ya descrita dentro de las estrategias de búsqueda activa a fin de frenar la cadena de transmisión, se reitera la importancia de comunicar a la Dirección Territorial de Salud acerca de los contactos extrapenitenciarios para su seguimiento.

Así mismo todos los contactos sintomáticos deberán recibir baciloscopia, cultivo y PSF (esta última en caso de ser positivos). En la búsqueda activa se deberá tener especial cuidado a los siguientes indicadores: Porcentaje de SR examinados, promedio de baciloscopias por SR examinado, positividad de la baciloscopia, entre otros. Es bien importante que se cuantifique entre los SR cuántas muestras son saliva, cuántas mucosas, cuántas purulentas y cuántas son sanguinolentas.

- ✓ Aplicación de la prueba de tuberculina (PPD):
- ✓ Los contactos de pacientes bacilíferos más vulnerables tales como menores de 5 años (normalmente del medio extrapenitenciario), o mayores con alguna condición inmunosupresora de base como gestantes, infección por VIH, diabetes, problema renal u otra que no sean sintomáticos respiratorios se les debe aplicar PPD, y deben ser evaluados clínica y radiológicamente para descartar tuberculosis activa (a los que lo son se les realiza BK y cultivo); si la tuberculosis se descarta y la PPD es positiva, está indicada la quimioprofilaxis; si la PPD es negativa el contacto continúa en vigilancia a los 6 y a los 12 meses y no se da quimioprofilaxis.¹⁵ El reporte de la PPD se debe dar en milímetros y al médico corresponde la interpretación de la misma.
- ✓ Quimioprofilaxis a contactos susceptibles sin enfermedad tuberculosa activa¹⁴:

¹⁴ Nota técnica. Laboratorio de Micobacterias del INS, Anexa a Circular 058 de 2009.

¹⁵ Guía de atención integral de la TB pulmonar y extrapulmonar. Ministerio de Salud y Protección Social.

- ✓ Administrar Isoniazida a dosis de 5 mg/kg/día y hasta un máximo de 300 mg/día durante mínimo 6 meses, e idealmente por 9 meses de forma estrictamente supervisada, con las mismas precauciones y recomendaciones con las que se da tratamiento. Por ningún motivo debe darse quimioprofilaxis a un caso confirmado de TB (lo que requiere es tratamiento) o a un contacto que no haya sido evaluado clínica y radiológicamente para descartarla.

Búsqueda de reclusos inasistentes

Debe realizarse a partir de la segunda inasistencia a la toma de medicamento a fin de evitar tratamientos irregulares que conduzcan a la aparición de resistencia bacteriana; la visita es responsabilidad directa del servicio de sanidad o prestador contratado por Caprecom o la EPS que corresponda y con el apoyo del INPEC (Personal de Guardia).

Al prestador de servicios de salud de la institución penitenciaria le corresponde el diligenciamiento de todos y cada uno de los formatos descritos (definidos en la Circular 058 de 2009), y el seguimiento de esta competencia estará a cargo de la entidad territorial.

Medidas de prevención y acciones para el control de infecciones:

Las cárceles y establecimientos penitenciarios que reporten casos de tuberculosis deben incrementar las medidas para el control de infecciones, las cuales incluyen medidas administrativas, ambientales y de protección individual, enmarcadas dentro de un plan de control de infecciones que debe ser formulado e implementado para cada centro penitenciario o cárcel por parte del INPEC. El centro penitenciario con el apoyo de la Dirección Territorial de Salud debería considerar lineamientos (medidas administrativas) en los que se consideren también áreas de aislamiento con indicación médica, favorecimiento de la ventilación (esencialmente natural) e implementación de las medidas de protección respiratoria.

7.4.3 VIH/Sida

- Suministro de preservativos al interior de las cárceles para evitar la diseminación de las ITS – VIH/Sida, dado el contexto de vulnerabilidad.
- Brindar asesoría para prueba voluntaria y asesoría posprueba para quienes se realizan las pruebas presuntivas.
- Realizar el reporte de los casos confirmados.
- Brindar información sobre las obligaciones de EPS/EPS-S e IPS sobre la administración del tratamiento integral de acuerdo con directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Brindar información sobre los mecanismos de transmisión, conductas sexuales, seguras y el uso de métodos de barrera para la prevención de la transmisión sexual y las medidas para evitar la transmisión materno-infantil.
- Canalizar hacia los servicios de atención individual integral, que incluyen asistencia médica (diagnóstico, tratamiento y vacunas), psicológica y social al infectado asintomático o enfermo con el fin de reducir la frecuencia y gravedad de las complicaciones orgánicas, psíquicas, sociales y laborales asociadas e interrumpir la cadena de transmisión.
- Remitir a servicios de asesoría familiar y atención social, es decir, acciones destinadas a la integración a grupos de apoyo (redes sociales de apoyo), terapia de grupo y terapia de familia.

- Brindar recomendaciones sobre la necesidad de informar voluntariamente a sus contactos sexuales y a los compañeros con los que ha compartido agujas o material de riesgo sobre su condición de salud para que valoren la probabilidad de estar infectados y accedan a los servicios de salud para establecer su diagnóstico como medida de prevención de la transmisión sexual, la transmisión sanguínea y la transmisión materno-infantil.
- Brindar asesoría y prueba voluntaria para VIH, sífilis y hepatitis B a toda gestante compañera de un caso positivo.
- A toda persona seropositiva al VIH se le debe realizar baciloscopia y cultivo de esputo para el diagnóstico de tuberculosis, así como pruebas de sensibilidad.

7.4.4 Enfermedades transmitidas por alimentos

Acciones individuales

Manejo hospitalario o ambulatorio del caso.

Notificación del caso mediante el diligenciamiento de la ficha única de notificación individual: datos básicos y datos complementarios.

Recolección de muestras clínicas (estudio por laboratorio).

Acciones colectivas para enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) fiebre tifoidea y paratifoidea, cólera y hepatitis A.

- Manejo hospitalario o ambulatorio de los casos.
- Notificación a través del diligenciamiento de la ficha única de notificación colectiva.
- Investigación de campo en 100% de los brotes.
- Deben diligenciarse los formatos establecidos en los lineamientos, con el fin de suministrar información válida y oportuna, teniendo en cuenta la periodicidad allí establecida (informe preliminar-24 h, informe de avance-72 h e informe final-4 semanas epidemiológicas después de su notificación). Es de aclarar que en la página web del Instituto Nacional de Salud se halla el formato para estos informes.
- Realizar planes de mejoramiento según la investigación epidemiológica de campo realizada en el establecimiento.
- Hacer seguimiento al plan de mejoramiento y a las medidas sanitarias (Decreto 3075 de 1997, Capítulo XIV, Ley 9 de 1979 o cualquier otra norma que haya servido de base para la identificación de factores de riesgo) que deben recomendar las autoridades sanitarias de control.

Igualmente, es necesario que se aclare en el marco de todo el documento quiénes son los responsables dependiendo del tipo de establecimiento y del contrato para el suministro de la alimentación, de las mejoras que pueden quedar definidas en estos planes de mejoramiento y que requieren grandes inversiones, por ejemplo cosas de infraestructura y que están generando factores de alto riesgo, y que están directamente involucrados en el evento.

Es necesario tener en cuenta que cuando se recolectan muestras involucradas en un brote de ETA, fiebre tifoidea y paratifoidea, cólera, hepatitis A y chagas estas deben ir completamente identificadas y acompañadas del respectivo formato, establecido en los lineamientos para la recolección, transporte y envío de muestras y deben ser recolectadas por la autoridad sanitaria competente.

7.4.5 Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)

7.4.5.1 Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa que puede cursar en forma asintomática con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves. Después del periodo de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación. El tratamiento es relativamente simple y muy efectivo siempre y cuando se hagan las intervenciones correctas y oportunas. La identificación temprana y la comprensión de los problemas clínicos durante las diferentes fases de la enfermedad, da lugar a un enfoque racional del abordaje de casos y a una buena respuesta clínica. La atención primaria de casos no solo reduce el número de hospitalizaciones innecesarias, sino que también salva la vida de los pacientes con dengue.

La notificación temprana de los casos mediante atención primaria y secundaria, es crucial para la identificación de los brotes y el inicio de la respuesta oportuna. La adecuada clasificación de casos según definiciones adoptadas (importado o autóctono), la calidad de información recolectada sobre fechas inicio síntomas, origen y lugares de permanencia del caso, y la celeridad en la notificación y en las investigaciones del mismo, determinan la oportunidad en la realización de las intervenciones de control vectorial. La caracterización del caso probable de dengue grave debe complementarse con la verificación de la obtención de muestras de suero para pruebas de laboratorio (Elisa IgM) y el seguimiento de los resultados.

En caso de mortalidad probable por dengue debe realizarse la necropsia clínica y tomar las muestras de tejido para virología y patología (RT-PCR dengue). La notificación de los casos de dengue grave y mortalidad debe ser inmediata al ente territorial de salud por el sistema de información oficial. Si el paciente está siendo observado o tratado dentro de la institución sanitaria militar, se deben seguir los criterios establecidos en las guías de atención clínica, de vigilancia entomológica y de control de vectores transmisores oficializadas por el Ministerio.

7.4.5.2 Paludismo

El paludismo sigue constituyendo un problema sanitario muy importante en las zonas tropicales y la especie *Plasmodium falciparum* es la forma más grave o complicada de la enfermedad y pueden ser mortales si no se diagnostican a tiempo en forma clínica y parasitológica (gota gruesa) y si el paciente no recibe con urgencia un tratamiento apropiado.

Como la distribución del paludismo es muy irregular, incluso en las áreas endémicas, importa tener bien en cuenta los factores geográficos y ambientales y los antecedentes de desplazamientos humanos que puedan dar indicaciones sobre la exposición a una infección, que tal vez se manifieste con gravedad solo después de haber regresado a sus respectivos lugares de origen. También hay que evaluar la posibilidad de paludismo inducido a consecuencia de transfusiones o empleo de agujas contaminadas. La identificación temprana con adecuada clasificación por especie parasitaria y asociaciones, la calidad de información recolectada como de la notificación e investigaciones del caso, son la base oportuna para realizar intervenciones oportunas de prevención y control de vectores transmisores en presencia de casos autóctonos de malaria. Si se presenta mortalidad debe realizarse la necropsia clínica y tomar las muestras de tejido para parasitología y patología. La notificación de los casos de malaria y mortalidad debe ser inmediata al ente territorial de salud por el sistema de información oficial. Si el paciente está siendo observado o tratado dentro de la institución sanitaria militar, se deben seguir los criterios establecidos en las guías de atención clínica, de vigilancia entomológica y de control de vectores transmisores oficializadas por el Ministerio.

7.4.5.3 *Leishmaniasis*

Es un problema creciente de salud pública en Colombia debido al gran número de casos notificados de leishmaniasis cutánea en los últimos años, con aparición de nuevos focos y al proceso de domiciliación y urbanización del ciclo de transmisión. Las leishmaniasis son ETV que afectan la piel, las mucosas o las vísceras, resultado del parasitismo del protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebótomo. Las presentaciones clínicas de la enfermedad varían de acuerdo con la especie infectante, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad. La especie infectante está determinada por el vector que la transmite y a su vez la presencia de él, está sujeta a las condiciones ecológicas de cada región. Las formas de presentación clínica son la cutánea, mucosa o mucocutánea y la visceral. La enfermedad tiene tratamiento etiológico definido e individualizado de los pacientes por el clínico, que debe estar en capacidad de realizar un diagnóstico adecuado, suministro oportuno del medicamento y seguimiento estricto evaluativo, para prevenir eventos adversos y complicaciones. Se debe tener presente, las indicaciones relacionadas con la identificación, investigación de caso, información y uso de guías oficiales establecidas por el Ministerio.

7.4.5.4 *Chagas*

De importancia también en las zonas tropicales rurales de Colombia, es conocida también como tripanosomiasis americana. Es una infección parasitaria producida por el *Trypanosoma cruzi* que infecta mamíferos silvestres, domésticos y al hombre. Esto ocurre por la actividad alimenticia de los triatomíneos, insectos chupadores que al picar y llenarse de sangre defecan sobre la piel transmitiendo el parásito de un hospedero a otro por contacto de las mucosas conjuntivas oculares o pequeñas ulceraciones de la piel producidas por el rascado, con heces de triatomíneos infectados. Otras formas de transmisión de la enfermedad de chagas aguda es por alimentos, sin demostrarse por estudios epidemiológicos, serológicos y entomológicos en brotes presentados, asociación directa con algún alimento específico, pese a que los casos corresponden a grupos de personas que comparten alimentos y bebidas con preparación doméstica y artesanal de los mismos. Por Bancos de Sangre mediante prueba serológica a todas las unidades de sangre recolectadas se evitan casos inducidos a consecuencia de transfusiones.

La endemia humana está relacionada con factores de riesgo debidos a condiciones de mala calidad de las viviendas, climáticos, físicos, socioculturales, económicos y ocupacionales, permitiendo que algunas especies vectores, primitivamente silvestres se hayan domiciliado y la enfermedad de chagas tener mayor importancia por el estrecho contacto con el hombre al convivir con estos insectos y la infección presentarse desde los primeros años de vida y el parásito poder invadir órganos, principalmente el corazón, desarrollando un proceso patológico que puede terminar con la incapacidad y muerte temprana. Se debe igualmente tener presente las indicaciones relacionadas con la identificación, investigación de caso, información y uso de guías oficiales establecidas por el Ministerio para el tratamiento clínico, vigilancia entomológica y el control del vector transmisor.

7.4.5.5 *Principales medidas de prevención contra vectores transmisores de interés en salud pública*

Para implementar medidas de prevención, es importante considerar los métodos y acciones de control, cuya selección dependerá del comportamiento de los vectores, como hábitos de picadura y reposo, y los de la población expuesta en costumbres y actividades laborales durante los periodos de mayor presencia o incidencia de los diferentes vectores.

Medidas individuales

Uso de ropa protectora adecuada. Uso de toldillos impregnados de larga duración. Uso de repelentes tópicos. Inmunización para fiebre amarilla.

Medidas colectivas

Protección de las casas con mallas, cortinas impregnadas o paredes completas. Control de criaderos mediante acciones de limpieza, rellenos sanitarios o drenaje. Desbroce de abrigos naturales de reposo de mosquitos vectores. Disposición adecuada de basuras y de inservibles. Adecuación de desagües de aguas lluvias. Correcto uso de servicios sanitarios domiciliarios de acueducto y alcantarillado. Control larvario de depósitos o contenedores de agua para uso doméstico, mediante acciones físicas, químicas y participación social integrada. Utilizar planes de vivienda saludable del entorno habitacional.

7.4.6 Enfermedades de origen zoonótico

7.4.6.1 *Leptospirosis*

Ante la presencia de un caso sospechoso de leptospirosis, es necesario realizar la investigación de caso correspondiente, siendo necesario verificar el cuadro clínico, los antecedentes epidemiológicos, la toma de muestras para los exámenes de laboratorio y el posible nexo con otros casos confirmados. Para casos de leptospirosis humana no es necesario el aislamiento del paciente, ya que los humanos no somos reservorios efectivos y la transmisión directa de una persona a otra no es común, por lo tanto, las acciones a implementar son las medidas básicas de bioseguridad referentes al manejo de sangre y orina, principalmente.

La investigación del caso y de campo tiene como objetivo fundamental indagar aspectos relacionados con antecedentes de exposición a factores de riesgo, como por ejemplo antecedentes de contacto con agua o alimentos que pudieron estar contaminados con orina de roedores, contacto con animales domésticos enfermos (perros, gatos, bovinos, porcinos) o posiblemente infectados y permanencia en áreas potencialmente contaminadas o con condiciones propicias para la proliferación de roedores. Se deben examinar las condiciones y características medioambientales (contaminación de aguas de consumo y suelo). Es posible tomar muestras de agua o suelo para realizar un estudio ambiental y confirmar una posible fuente de infección, pero estas muestras serán procesadas por un laboratorio especializado.

Adicionalmente, se debe realizar búsqueda activa de casos con sintomatología compatible para lograr una atención, tratamiento y diagnóstico oportuno.

Durante este proceso es importante reconocer una posible fuente de infección, que debe ser intervenida para cortar la cadena de transmisión.

Medidas de control

Se debe estudiar la posibilidad de administrar profilaxis a las personas que se encuentren expuestas a los mismos factores de riesgo en el área. Este procedimiento consiste en la administración de una dosis semanal de 200 mg de doxiciclina por un mes a mayores de 12 años.

Una de las principales fuentes de infección en humanos es el agua contaminada con leptospiras, por lo cual, las acciones a desarrollar comprenden el drenaje de aguas contaminadas, consumo de agua potable y la intensificación de la vigilancia de la calidad sanitaria del agua. Además deberán mejorarse los mecanismos de limpieza, remoción y destino de los excrementos animales y realizar desinfección de los lugares de cuidado de los mismos.

En áreas con infestación de roedores, se deben desarrollar acciones de control para la reducción de la población de estos animales y evaluar los factores que determinan la presencia de los mismos. Al respecto es necesario reducir al máximo los espacios que puedan servir de abrigo a los roedores dentro del establecimiento carcelario y en las zonas aledañas, así como tener una adecuada disposición de residuos sólidos, basuras y almacenamiento de alimentos ya que estas son fuentes de alimentación para estos animales.

La educación a la población es prioritaria, se debe capacitar sobre la necesidad de limpiar y desinfectar las áreas domiciliarias que puedan estar infectadas con orina de roedores; modos de transmisión, síntomas y medidas de prevención de la enfermedad; estrategias que pueden utilizarse para evitar la contaminación de aguas de consumo y alimentos y mejorar los hábitos de higiene y manipulación de alimentos.

7.4.6.2 Tifus

Ante la sospecha de todo caso probable de tifus endémico o epidémico se debe realizar la investigación de caso y campo tendiente a recolectar información del entorno que haga posible el diagnóstico de la enfermedad (principalmente en los casos en los que no se pueda asegurar la confirmación por laboratorio), indagar por una posible infestación de piojos o pulgas en el establecimiento carcelario y determinar la presencia de lesiones en el personal recluido.

La no evidencia de piojos entre la población carcelaria y la evidencia de infestación por pulgas y roedores, hace posible pensar que el cuadro corresponde a tifus endémico. Si, por el contrario, hay antecedente de infestación reciente de piojos, los antecedentes de infestación por pulga son débiles y la gravedad del cuadro es llamativa, se puede pensar en un cuadro de tifus epidémico.

En situaciones donde se presente infestación de pulgas o piojos, se indica la aplicación sistemática de un insecticida de acción residual de uso en salud pública a toda la comunidad del establecimiento, así como las mejoras en las instalaciones, el cambio de elementos de uso comunitario como colchones, almohadas y cobijas, y el lavado con insecticidas de los elementos de uso personal como uniformes, sábanas y toallas, además de la gestión intersectorial en el proceso de vigilancia de la salud pública para la detección y remisión de casos probables y susceptibles y fortalecimiento de los procesos relacionados con la potabilización de agua y la higiene personal.

Se deben adelantar estrategias de información, educación y capacitación a todo el personal que labora en los establecimientos carcelarios, con el fin de que identifiquen fácilmente una situación de riesgo y tomen las medidas de prevención y control necesarias.

7.4.7 Intoxicación por sustancias químicas

Ante la intoxicación por ingestión de sustancias químicas se deberá:

1. Examinar y vigilar las vías respiratorias, la respiración y la circulación de la persona. De ser necesario, suministre soporte vital básico.
2. Verificar que la persona se haya intoxicado, ya que puede ser difícil determinarlo, teniendo en cuenta algunos de los síntomas como aliento con olor a químicos, quemaduras alrededor de la boca, dificultad para respirar, vómitos u olores infrecuentes en la persona. En lo posible identificar el tóxico.
3. No provocar el vómito en la persona afectada, a menos que así lo indique un profesional de la salud.
4. En caso de vómito, despejar las vías respiratorias. Envolver un pedazo de tela en los dedos de la mano antes de limpiar la boca y la garganta. Si la persona ha estado enferma debido a la ingestión de parte de una planta, guardar el vómito. Esto permitirá a los expertos identificar el tipo de medicamento que se puede utilizar para neutralizar el tóxico.
5. En caso de presentarse convulsiones, se debe administrar los primeros auxilios.
6. Procurar mantener la persona cómoda. Gírela sobre su lado izquierdo y permanezca allí mientras consigue o espera la ayuda médica.
7. Si el tóxico salpicó las ropas de la persona, quitarlas y lavar la piel con agua.

ANEXO 1

Propuesta para la Formación de Gestores en Salud Agentes comunitarios en salud para población privada de la libertad en los establecimientos del Inpec

Introducción

El agente comunitario de salud, a través de su intervención directa en la comunidad, cumple un rol importante en el fortalecimiento de la relación comunidad-establecimientos de salud, prestación de servicios, prevención de enfermedades y promoción de prácticas saludables en la familia y en la comunidad. Por ello es importante su adecuada capacitación.

El INPEC, atendiendo las condiciones propias de su población, basado en las experiencias exitosas de agentes comunitarios en otros países latinoamericanos, viene desarrollando con el apoyo de la Cruz Roja Internacional, la formación de agentes comunitarios en salud. En una fase inicial se ha capacitado a funcionarios del INPEC, quienes han replicado su formación en un diplomado avalado por la Universidad Tecnológica de Pereira.

Justificación

El SGSSS en su enfoque general, principios y propósitos, busca garantizar la accesibilidad y cobertura de servicios de salud a toda la población colombiana, considerando características y diferencias de grupos poblacionales en condiciones de mayor vulnerabilidad. En este sentido la población carcelaria, se constituye en un grupo especial, dadas sus condiciones de aislamiento de su entorno social y familiar y de convivencia permanente con personas desconocidas que se convierten en el referente más próximo de sus actividades, emociones, intereses, etc.

Para el Sistema Carcelario, este hecho le impone responsabilidades en cuanto a la definición de mecanismos y procedimientos que garantice a los internos seguir contando con el acceso a los servicios de salud. En este sentido, lo ideal se plantea como la posibilidad de ofrecer dentro de las propias instalaciones el mayor número de servicios de salud especialmente en lo relacionado con la detección temprana, la protección específica, el manejo de los problemas de salud de baja complejidad, entre otros. Como ocurre en los diferentes sistemas carcelarios del mundo, se presentan condiciones que facilitan la aparición de enfermedades infecciosas; condiciones de aislamiento y marginalidad que crean o acentúan problemáticas de salud mental, entre otros.

El Sistema Penitenciario y Carcelario, requiere un modelo de prestación de servicios de salud adecuado a las características de las instituciones y a la dinámica de su población: la institucional (que debe asegurar seguridad) y la de los internos (que desarrollan todo tipo de prácticas para sobrevivir a su condición), un modelo que permita la participación social, convertida en las acciones que desarrollan los agentes comunitarios en salud dentro de la atención primaria.

Objetivo general

Certificar como agentes comunitarios en salud penitenciaria a las personas privadas de la libertad que cumplan con los requisitos académicos exigidos por la institución de educación superior.

Objetivos específicos

1. Desarrollar el proyecto pedagógico preestablecido, como agentes de salud comunitario en el ámbito penitenciario a personas privadas de la libertad en un establecimiento de reclusión.
2. Evaluar el desempeño de las personas privadas de la libertad que recibieron la capacitación como agentes comunitarios en salud para el ámbito penitenciario.

3. Certificar como agentes comunitarios en salud para el ámbito penitenciario a las personas privadas de la libertad que hayan cumplido con los requisitos académicos establecidos por la institución de educación superior.

Metodología

El desarrollo del diplomado será responsabilidad del Departamento de Medicina Comunitaria o Familiar.

La modalidad de estudio es semipresencial y/o a través de medios virtuales.

Durante el desarrollo del Diplomado se ejecutan trabajos de grupo, evaluaciones orales y escritas.

La forma de evaluación final tendrá dos componentes:

- Un examen teórico que evaluará el nivel de conocimiento que posee la persona privada de libertad con respecto a los temas tratados durante su formación. Las preguntas serán elaboradas por el grupo de docentes de la institución, con base en los contenidos que se encuentran en los módulos desarrollados. La nota mínima aprobatoria es de 3,5 (tres coma cinco).
- El segundo componente de la evaluación, corresponde a un aprueba de desempeño en la cual la persona privada de la libertad deberá realizar una actividad práctica de capacitación a un grupo de internos en alguno de los temas prioritarios sobre los que recibió capacitación. Dicha capacitación estará supervisada por los docentes de la institución de educación, con el acompañamiento de funcionario del INPEC. Se evalúa liderazgo, claridad en la exposición y los contenidos y manejo del público.

La nota final será la resultante de promediar la nota del examen teórico y el práctico, siempre y cuando la nota mínima de cada uno sea mayor a 3,5.

Se estima además el cumplimiento de la asistencia de los educandos, el cual no debe ser inferior al 80%.

Temas a desarrollar en el diplomado

Se desarrollan los siguientes módulos:

1. Formadores de agentes comunitarios en salud.
2. Concepto de salud-enfermedad.
3. Plan Nacional de Salud Pública.
4. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
5. Prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
6. Las infecciones transmisibles, un reto para la salud individual y la salud Pública.
7. La salud mental, una estrategia de prevención y atención en salud comunitaria.
8. La bioseguridad, una opción para mejorar la calidad de atención en salud.
9. La salud ocupacional, un estilo de vida.
10. Salud ambiental.
11. Diagnóstico comunitario en salud de los centros penitenciarios y carcelarios.
12. Agentes en salud en el ámbito penitenciaria.
13. El constructivismo: un Modelo Pedagógico par el desarrollo sicológico, moral y social.

Perfil de los diplomados agentes comunitarios en salud

- Los ACS, en el modelo de salud en la población privada de la libertad, desempeñan funciones de enlace con la comunidad, acciones de demanda inducida de los programas de promoción y prevención, acciones protectoras sobre pacientes con enfermedades crónicas, son así mismo cuidadoras de entornos saludables e identificadores de situaciones de riesgo que afectan la salud de la población a ellos encomendada.
- La formación recibida por los ACS les permite poseer conocimientos de temas de salud, como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, Sistema General de Seguridad Social en Salud, derechos y deberes de los usuarios; los faculta ser vigilantes y notificar los eventos de salud que aparezcan en los establecimientos carcelarios que se identifiquen como de interés en salud pública, como en el caso de la presencia de brotes.
- Están además capacitados para fortalecer los entornos saludables en su lugar de vivienda, de trabajo, en prestación de servicios de alimentación y de salud.
- En promoción y prevención, acompañamiento en la realización de capacitación en temas como sexualidad, elementos tóxicos (alcohol, sustancias psicoactivas, cigarrillo).
- Acompañamiento a los pacientes que presentan patologías, según el tipo de enfermedad, por grupo de enfermedad, cumplimiento de programas de salud ocupacional, salud mental y enfermedades crónicas.
- Notificación de eventos de vigilancia epidemiológica comunitaria como tosedores crónicos, brotes dermatológicos, entre otros.
- Dada la formación y nivel de compromiso de los ACS podría desarrollarse un componente especial de trabajo con las familias en los días de visita.

Conclusiones

La participación de la comunidad activamente en el desarrollo de actividades de atención básica como las descritas, se constituye en una fórmula para realizar acciones en salud pública que redunden en el bienestar y aprovechamiento de los recursos en salud en los establecimientos de reclusión.

Las personas privadas de la libertad que obtienen el título de diplomado, podrán continuar sus actividades en otros ámbitos luego de finalizar su detención en el INPEC; es decir le apuntamos a la rehabilitación del individuo.

Ante el desconocimiento de los diferentes temas de salud por los directivos y personal de guardia en el instituto y su repercusión, el Diplomado de Agentes Comunitarios en Salud al INPEC, se adelantan trámites para introducir el diplomado en la Escuela Nacional Penitenciaria, a fin de que sea ofrecido a todos los estudiantes del centro, aspirantes a directores de establecimiento, dragoneantes, oficiales y suboficiales.

Finalmente, hasta la fecha se han capacitado 160 PPL; es necesario dar continuidad al proceso de capacitación y a la estructuración de procedimientos que los involucren y se logren las acciones referidas anteriormente. Considerando la creciente población de privados de la libertad en el INPEC, es fundamental mantener este mismo nivel de formación para unos grupos de agentes comunitarios en salud que permitan una mayor cobertura del programa; así mismo es esencial que, en el caso de que se dé traslado a otro establecimiento, se identifique y se mantenga incorporado el agente comunitario en el modelo de atención en salud.

Anexo 2.

Indicaciones y recomendaciones por tipo de precauciones según modo de transmisión.

TIPO DE PRECAUCIÓN	INDICACIONES	RECOMENDACIONES		
		Cuarto individual	EPI	Duración
Aerosoles	Tuberculosis pulmonar o laríngea	Sí	Mascarilla N95	Tratamiento efectivo y 3 cultivos negativos
Aerosoles y contacto	Sarampión, Varicela Herpes Zoster	Sí	Mascarilla N95 Bata de tela o desechable Bata de tela o desechable antifluidos cuando se prevea el contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones. Guantes	Duración de la enfermedad lesiones secas y en fase costrosa
Aerosoles, gotas y contacto	SARS, AH1N1	Sí	N95 para contacto a < 1 metro. Mascarilla convencional (o quirúrgica) >1m <1.80m	Desde inicio síntomas hasta 7-10 días después de ausencia de síntomas
Gotas	<i>Bordetella pertussis</i> Neumonía por <i>Mycoplasma</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , Meningococo Adenovirus Rhinovirus	No Cohortes	Mascarilla convencional (o quirúrgica)	Duración de la infección
Gotas	Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>	No Cohortes	Mascarilla convencional (o quirúrgica)	Duración de la infección
Gotas	Rubéola Adenovirus	No cohortes	Mascarilla convencional (o quirúrgica)	Duración de la infección
Contacto	Infecciones causadas por microorganismos resistentes (SAMR, EVR), bacterias gram negativas productoras de BLEE	No necesariamente	Bata y guantes No compartir equipos de atención	Durante la hospitalización de pacientes colonizados o infectados
Contacto	<i>Clostridium difficile</i>	Siempre que el drenaje o heces no se pueda contener	Bata y guantes Lavado de manos con agua y jabón Desinfección de áreas y superficie con Hipoclorito a 6000 ppm (Dilución 1:10 de blanqueador casero a 5.25% - 6.15%, contiene 5.250 y 6.150 ppm) (5,6) No compartir equipos de atención,	Durante la infección

TIPO DE PRECAUCIÓN	INDICACIONES	RECOMENDACIONES		
		Cuarto individual	EPI	Duración
Contacto	Rotavirus Virus sincitial respiratorio (VSR)	Cohortes	Bata y guantes desinfección frecuente de superficies	Duración de la infección

Fuente: SDS – Programa de prevención, vigilancia y control de IACS. Estrategia educativa en fundamentos de prevención, vigilancia epidemiológica y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Módulo virtual de aislamiento. 2011.

ANEXO 3

Indicaciones, material infectante y tiempo de aislamiento de precauciones por gotas

Aislamiento de gota: azul claro.

Patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Infecciones por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo B (Sepsis, meningitis, neumonía, epiglotitis)	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioterapia
Infecciones por <i>Neisseria meningitidis</i> (meningitis, neumonía y sepsis)	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioterapia
Difteria faríngea activa	Secreciones faríngeas	Hasta terminar la antibioterapia y tener dos hemocultivos o cultivos negativos
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta 10 días después de iniciado tratamiento
Bacteremia, neumonía y/o meningitis por meningococo	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento
Tos ferina	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta siete días después de iniciado el tratamiento
Faringitis por <i>Estreptococo B</i> hemolítico del grupo A	Secreciones nasales, faríngeas y sanguíneas	Hasta terminar la antibioterapia y tener dos hemocultivos negativos
Fiebre escarlatina	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta dos días después de iniciado el tratamiento
Parvovirus B 19	Secreciones nasales y faríngeas	Durante toda la hospitalización
Infecciones virales como Influenza	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta cuatro días después de la iniciación de signos y síntomas
Adenovirus	Secreciones nasales y faríngeas, heces	Durante la hospitalización
Rubéola	Secreciones nasales y faríngeas, orina, sangre y heces	Hasta cuatro días después de iniciado el exantema
Rubéola congénita	Secreciones nasales y faríngeas, orina, sangre y heces	Durante cualquier hospitalización hasta tener un año de edad
Parotiditis	Secreciones salivales	Hasta nueve días después de iniciado el edema glandular

Indicaciones, material infectante y tiempo de aislamiento de precauciones por aerosoles

Aislamiento de aerosol: Naranja

Patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Sarampión	Secreción nasofaríngea	Hasta seis después de iniciado el tratamiento y aparecido el brote cutáneo
Varicela	Secreción respiratoria y lesiones dérmicas	Hasta cuando todas las lesiones tengan costra
Herpes Zoster	Secreción salivar o vesiculopapular	Hasta 24 horas después de iniciada la terapia de medicamentos y las lesiones tengan costra
Tuberculosis pulmonar activa y faríngea	Secreción nasofaríngea	Tres semanas después de haber iniciado tratamiento antimicrobiano
Paciente con VIH positivos con cuadro de fiebre o infiltrado pulmonar	Secreción nasofaríngea	Hasta cuando se descarte tuberculosis
Tos ferina	Secreción nasofaríngea	Cinco días después de iniciada la antibioterapia
Peste neumónica	Secreciones respiratorias	Hasta obtener un cultivo negativo después de terminar el tratamiento
Rabia	Secreciones respiratorias	Mientras dure la enfermedad
Influenza o gripe aviar o porcina	Secreciones Nasofaríngeas de materia fecal de animales (aves y gatos). Se desconoce la transmisión Humano-Humano.	Hasta cinco días de inicio de síntomas.
SDRAS	Secreciones nasofaríngeas	Hasta siete días de inicio de síntomas.

Indicaciones, material infectante y tiempo de aislamiento de precauciones de contacto

Aislamiento de contacto: morado

Patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Infecciones o colonizaciones por gérmenes multirresistentes	Secreciones	Hasta terminar la antibioterapia y tener dos hemocultivos negativos
Infecciones gastrointestinales. Enfermedades entéricas causadas por <i>Clostridium difficile</i> , <i>E. coli</i> , <i>Shigella sp</i>	Heces y secreciones	Hasta tener coprocultivos negativos
Hepatitis A, E y Rotavirus	Heces	Una semana después de la ictericia

Patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Infecciones por virus respiratorios: sinsitial, parainfluenza o enterovirus	Secreción nasofaríngeas y heces	Hasta cuando termine la enfermedad
Difteria cutánea	Lesiones cutáneas	Hasta terminar la antibioterapia y tener dos cultivos negativos
Herpes simple neonatal	Secreción respiratoria	Hasta 14 días y tener dos cultivos negativos 24 horas después de terminada la antibioticoterapia
Impétigo	Lesiones cutáneas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioterapia
Forunculosis por Estafilococo	Secreción cutánea	Hasta cuando termine la enfermedad
Abscesos	Secreciones	Duración de la enfermedad
Escabiosis, Pediculosis	Ácaro, <i>Pediculus Pubis o capitis</i>	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento
Conjuntivitis viral o gonocócica	Secreción ocular	Hasta cuando termine la enfermedad
Fiebres hemorrágicas Ebola, Lassa, Marburgo	Secreciones sanguíneas, orofaríngeas y semen	Hasta tener hemocultivos negativos, o 21 días.
Quemaduras	Secreciones cutáneas de áreas afectadas	Hasta que se tenga reepitelialización.

Indicaciones, material infectante y tiempo de aislamiento de precauciones de vectores

Aislamiento por vectores: Café

Patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Dengue	Sangre	Hasta cinco días después de iniciado los síntomas.
Fiebre amarilla	Sangre	Hasta cinco días después de iniciado los síntomas.
Malaria	Sangre	Hasta tener gota gruesa negativa
Virus del Nilo	Sangre, órganos donados, transmisión vertical, leche materna.	Hasta cinco días después de iniciado los síntomas.

Anexo 4

Síntesis Plan Integral de Gestión Ambiental INPEC



Libertad y Orden



Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC

Ministerio de Justicia y del Derecho

República de Colombia

Prosperidad
para todos

Subprograma	Objetivos	Temas	Acciones	Ejecución
CONTROL HIGIÉNICO Y SANITARIO	Controlar y eliminar los factores de riesgo higiénico sanitario que puedan ocasionar consecuencias para la salud humana y ambiental.	Limpieza y desinfección de áreas	Limpieza, desinfección, aseo	Todos los días
		Control y prevención de presencia de plagas	Actividades de fumigación y desratización	3 veces al año
		Control de la calidad del agua	Suministro agua potable y/o tanques de almacenamiento de agua para consumo humano. Muestreos de agua.	Por requerimiento. Se debe realizar mínimo cada 3 meses
			Lavado de tanques	1 vez al mes
		Control higiénico en la preparación de alimentos	Propender por una adecuada higiene y salubridad en los espacios de preparación y manipulación de alimentos. Lavado de manos, lavado de alimentos, desinfección de espacios.	Todos los días
MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y PELIGROSOS	Controlar y eliminar los factores de riesgo que puedan ocasionar contaminación ambiental.	Recuperación de residuos sólidos	Reciclaje, separación en la fuente, reutilización de materiales.	Todos los días
		Manejo de residuos peligrosos	Manejo y disposición adecuada de los residuos peligrosos.	Todos los días
		Capacitaciones y campañas en el tema de residuos sólidos y peligrosos	Realización de campañas, capacitaciones y medidas para la prevención, reducción y control de la contaminación por residuos sólidos y peligrosos dentro de los establecimientos y sus alrededores.	Mensual

Subprograma	Objetivos	Temas	Acciones	Ejecución
USO RACIONAL DEL AGUA Y ENERGÍA	Realizar un uso racional y eficiente de los recursos agua y energía	Uso racional y eficiente del agua y energía	Campañas de ahorro del agua y de la energía.	Mensual
		Buenas prácticas del uso racional y eficiente del agua y energía	Controlar el consumo de agua y energía utilizada en las diferentes áreas del establecimiento. Plantear recomendaciones que apliquen a las actividades cotidianas	Todos los días
		Capacitaciones y campañas enfocadas al uso racional y eficiente del agua y energía	Realización de capacitaciones de sensibilización ambiental con el fin de fomentar hábitos de ahorro y uso eficiente del agua y energía.	Mensual
FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN AMBIENTAL	Ejecutar acciones que promuevan la formación de capacidades y competencias ambientales de la comunidad penitenciaria	Formación de instructores ambientales	Gestionar con el Convenio SENA las capacitaciones en temáticas ambientales.	Según necesidades de cada establecimiento
			Gestionar con entidades nacionales, departamentales, distritales, municipales, locales, la realización de capacitaciones en temáticas ambientales que permitan la formación de instructores ambientales.	
			Formación de instructores ambientales. Talleres y charlas en temáticas ambientales.	
GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN AMBIENTAL	Establecer y ejecutar acciones en pro de la prevención y la promoción de la salud ambiental y del entorno, donde participe la comunidad penitenciaria (internos, funcionarios y guardia), entes de control y comunidad en general.	Gestión intra e interinstitucional para generar acciones en pro del mejoramiento del entorno del Centro Penitenciario y/o Carcelario.	Gestión con entidades públicas, municipales, nacionales, instituciones educativas, ambientales, fundaciones, etc. Programas y acciones conjuntas que permitan una respuesta integral a las necesidades ambientales del entorno.	Por requerimiento del Comité Institucional de Gestión Ambiental CIGA de cada regional y/o establecimiento.

Anexo 5

Formato de reporte de actividades plan integral de gestión ambiental inpec



Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC

Ministerio de Justicia y del Derecho

República de Colombia

Prosperidad
para todos

NOMBRE ESTABLECIMIENTO:				FECHA DE REALIZACIÓN:		
INFORME TRIMESTRAL PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL (PIGA)						
SUBPROGRAMA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE REALIZACIÓN	TOTAL DE INTERNOS PARTICIPANTES	TOTAL FUNCIONARIOS PARTICIPANTES	OBSERVACIONES
CONTROL HIGIÉNICO Y SANITARIO						
MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y PELIGROSOS						
USO RACIONAL DEL AGUA Y EL RECURSO ENERGÍA						
FORMACIÓN INSTRUCTORES AMBIENTAL						
GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN AMBIENTAL						
COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL (CIGA)						

SE DEBEN ANEXAR ACTAS Y REGISTRO FOTOGRÁFICO COMO SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES

ELABORADO POR: _____

ÁREA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ANEXO 6

Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON) del INPEC, clasificados de acuerdo a su estructura, a la situación jurídica y al nivel de seguridad

Número de Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON) - INPEC

Nº total	SIGLA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
1	C.A.MI.S. E.R.E.	COLONIA AGRÍCOLA MÍNIMA SEGURIDAD - ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
94	E.P.M.S.C.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO
3	E.P.M.S.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD
3	E.P.M.S.C. - R.M.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO -RECLUSIÓN DE MUJERES
4	E.P.M.S.C. -E.R.E.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD -ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
1	E.P.M.S.C. -E.R.E. J.P.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO-ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL JUSTICIA Y PAZ
1	E.P.M.S.C. - J.P.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO - JUSTICIA Y PAZ
1	E.P.M.S.C. - C.M.S.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO - CAMPAMENTO DE MÍNIMA SEGURIDAD
2	J.P.	ESTABLECIMIENTO DE JUSTICIA Y PAZ
3	E.P.A.M.S.-C.A.S.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ALTA SEGURIDAD
1	E.P.A.M.S.-C.A.S. JP	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE ALTA SEGURIDAD-JUSTICIA Y PAZ
2	E.P.A.M.S.-C.A.S.-E.R.E.-J.P.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD - CARCELARIO DE ALTA SEGURIDAD -ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL - PABELLÓN DE JUSTICIA Y PAZ
1	E.P.A.M.S.- C.A.S. - E.R.E.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD - CARCELARIO DE ALTA SEGURIDAD -ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
1	E.P.A.M.S. - P.C. - E.R.E.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE ALTA Y MEDIANA SEGURIDAD - PABELLÓN CARCELARIO -ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
4	E.P.C.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO
1	E.P.C. E.R.E. J.P.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO-ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL Y PABELLÓN JUSTICIA Y PAZ
3	E.P.	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO
1	E.C.	ESTABLECIMIENTO CARCELARIO
1	E.C. - E.R.E.	ESTABLECIMIENTO CARCELARIO - ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
1	E.C. - P.A.S. - P.S.M.- J.P.	ESTABLECIMIENTO CARCELARIO-PABELLÓN DE ALTA SEGURIDAD Y PABELLÓN DE SALUD MENTAL - JUSTICIA Y PAZ
1	E.C. - J.P.	ESTABLECIMIENTO CARCELARIO - JUSTICIA Y PAZ
1	E.R.E.	ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
7	R.M.	RECLUSIÓN MUJERES
1	R.M. - P.A.S. ERE	RECLUSIÓN MUJERES - PABELLÓN DE ALTA SEGURIDAD - ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN ESPECIAL
2	COMPLEJO	COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO
141	TOTAL	Diciembre de 2011 - Fuente oficina de Planeación INPEC

BIBLIOGRAFÍA

- Menéndez, Eduardo L. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad, vol. XVIII, núm. 69, 1997, pp.237-270.
- Comelles, J. M. y A. Martínez (1993). Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid, Eudema, pp. 85-87.
- Colombia. Secretaria Distrital de Salud. Lineamientos de vigilancia en salud pública comunitaria. Bogotá. 2005, 2006, 2007,2008.
- Colombia. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012. Ginebra. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Borrador. 5 de mayo de 2005.
- Casallas, A. Molina, M. de Negri, A. Estrategia promocional de calidad de vida y salud y otros. La ruta para la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades sociales y la gestión social. Secretaría Distrital de Salud- Hospital de Suba, ESE II nivel. Bogotá. 2007.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 9 de octubre de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. 2006.
- Caja de Herramientas de Gestión Social Integral. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Integración Social- Secretaría Distrital de Salud. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. Washington, D. C.: OPS, © 2008.ISBN: 978-92-75-32937.
- Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. Manual para la atención e investigación en brotes, epidemias y emergencias en salud pública. 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes Biológicos. España.
- Diario Oficial de la federación. Norma Oficial Mexicana, Nom-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica. México 1994.
- Organización Panamericana de la Salud. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo IV: Vigilancia epidemiológica. Washington, D. C.: OPS, 2006.
- Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Prisiones y Enfermedades Infecciosas 2000; 2: 64-65 5 Editorial.
- Moller, L.; Stover, H.; Jurgens, R. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. World Health Organization, Copenhagen, 2007.
- Ley 65 de 1993, por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Colombia.



www.imprenta.gov.co
PBX(0571) 457 80 00
Carrera 66 No. 24 - 09
Bogotá, D.C., Colombia