



GUÍA 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 - IPS**

República de Colombia

2011

Contenido

INTRODUCCION.....	4
1 CAPITULO I. OBJETIVO Y ALCANCE	5
1.1 Objetivo General	5
1.2 Objetivos Específicos:	5
1.3 Aspectos cubiertos por el documento.....	5
1.4 Población Objeto del Documento	5
2 CAPITULO II. MARCO LEGAL	6
3 CAPITULO III. DEFINICIONES	8
4 CAPITULO IV: FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS EN COLOMBIA.	11
5 CAPITULO V: LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.	13
6 CAPITULO VI: FUNCIONES DE LOS ACTORES EN LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS.....	18
6.1 Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD)	18
6.2 Entidad Promotora de Salud	19
6.3 Unidades Notificadoras Municipales, Departamentales y Distritales (UNM, UND)	19
6.4 Instituto Nacional de Salud (INS).....	20
6.5 Dirección del Establecimiento Carcelario o Penitenciario	21
6.6 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.....	21
6.7 Ministerio de Salud y Protección Social	22
7 CAPITULO VII: ACCIONES ANTE LA PRESENCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA	24
7.1 Notificación	24

7.2	Acciones Individuales	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	34
7.3.3	Búsqueda Activa Comunitaria e Institucional	34
7.3.4	Acciones de Control con la amenaza	35
7.3.5	Acciones para Disminuir la Vulnerabilidad	35
7.3.6	Acciones de Cuarentena	36
7.4	Algunas Acciones Específicas Según el Evento	37
7.4.1	Parotiditis y Varicela:	37
7.4.2	Dengue	39
7.4.3	Tuberculosis	40
7.4.4	VIH/SIDA	42
7.4.5	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	42
7.4.6	Enfermedades de origen zoonótico- Leptospirosis	43

INTRODUCCION

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. Aún 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 el siglo XXI Y XX, referirse a centros penitenciarios conlleva a pensar en trastornos psicosociales y en enfermedades no transmisibles y transmisibles. Los centros penitenciarios pueden representar un grave problema de salud pública¹.

En función de su misión, los establecimientos penitenciarios y carcelarios privan de su libertad a las personas allí recluidas y por tanto, obligan a una convivencia estrecha y continua a quienes en ella cohabitan. En esta situación de reclusión se encuentran actualmente, más de 9,25 millones de personas alrededor del mundo², y unas 87.000 personas en Colombia, según datos del INPEC en febrero de 2011.

La permanencia en instituciones cerradas como hospitales, refugios, albergues, etc., ha sido considerada históricamente como una situación de riesgo 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 adversos a la salud en los individuos y su posterior propagación a la población cohabitante.

Es por estas premisas que es prioritario que al interior de 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 al interior del establecimiento.

El presente documento busca dar a conocer las estrategias y mecanismos que al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios deben tenerse en cuenta para participar efectivamente en el sistema de vigilancia en salud pública y evitar 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 lo ello.

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.

¹Organización 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.

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

1 CAPITULO I. OBJETIVO Y ALCANCE

1.1 Objetivo General

Orientar los procesos de alerta y respuesta para la prevención y atención de eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios en el territorio colombiano

1.2 Objetivos Específicos:

- Establecer los mecanismos mediante los cuales se articula el sistema de vigilancia en salud pública con el modelo de atención en salud en las unidades de sanidad al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, 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.
- 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 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 de eventos de interés en salud pública al interior de estos centros.

2 CAPITULO II. MARCO LEGAL

La vigilancia de eventos de interés en salud pública en establecimientos penitenciarios y carcelarios está articulada al sistema de vigilancia nacional, lo rigen los mismos principios y normas y se establece en concertación de 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
Ley 9	1979	Por la cual se dictan medidas sanitarias, título V Alimentos y título XI Vigilancia y Control
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
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de 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 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 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.
Decreto 2777	2010	Por el cual se modifica el Decreto 1141 de 2009 en cuanto a: Listado censal entrega INPEC : BDUA - base de datos única de afiliados a EPS-S Domicilio del recluso - el mismo del municipio donde esté localizado el establecimiento carcelario 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. 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 moderadores
Resolución 366	2010	Las áreas de sanidad de los ERON del INPEC, deberán cumplir con las condiciones de habilitación del Sistema Obligatorio de

		<p>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 AREA 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.
Resolución 217 A	1948	"Declaración Universal de los Derechos Humanos", adoptada y proclamada por la Asamblea General de naciones Unidas
Decreto 3039	2007	Por el cual se adopta el plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
Decreto 3075	1979	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones.
Decreto 3518	2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones
Decreto 3989	1982	Por el cual se conforman los comités de emergencia en el ámbito nacional
Decreto No. 919	1989	Por el cual se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones
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 969 (Ministerio de Gobierno)	1995	Por el cual se organiza y reglamenta la Red Nacional de Centros de Reserva para la Atención de Emergencias.
Circular N° 04 21	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 1843	1991	Por el cual se reglamentan parcialmente los títulos III, V, VI, VII Y XI de la ley 09 de 1979, sobre uso y manejo de plaguicidas.
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.
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 CAPITULO 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.

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)

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)

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)

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)

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

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)

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)

Definiciones del ámbito carcelario

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.

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.

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

Penitenciarías. Las penitenciarías 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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

4 CAPITULO 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 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 este 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. La 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); infecciosas y de interés en salud pública (tuberculosis, VIH, malaria, entre muchas otras); enfermedades mentales (depresión); como asimismo, 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 contrareferencia, 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 Paquete 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 individuales y colectivas con la participación responsable de todos los actores del SGSS, 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 ambiente sano y saludable, se desarrolla el programa formación de agentes comunitarios, dirigidos a personas privadas de libertad.

Los establecimientos penitenciarios y carcelarios definidos como usuario y actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 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 medica 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.

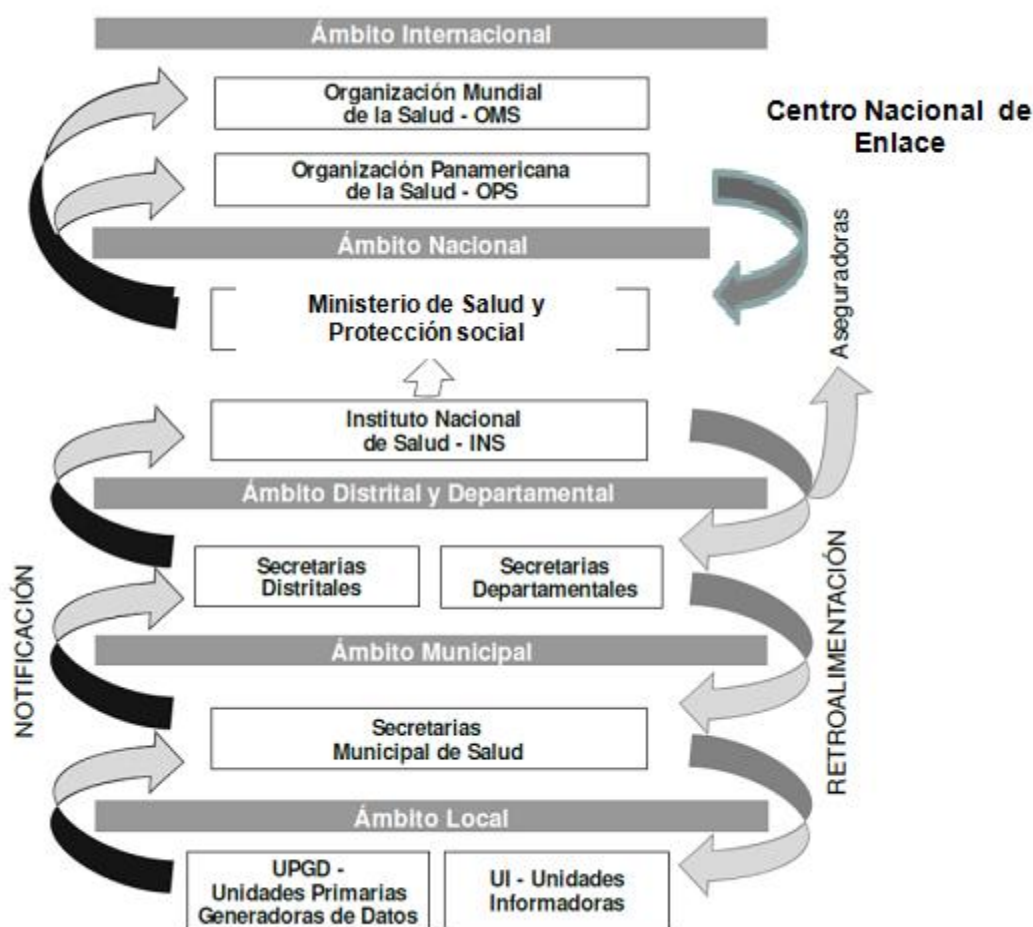
El reporte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, se realizará como se ha establecido en la legislación vigente, y se notificará a los entes territoriales locales, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, y al INPEC, con la misma periodicidad y las variables determinadas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

5 CAPITULO 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

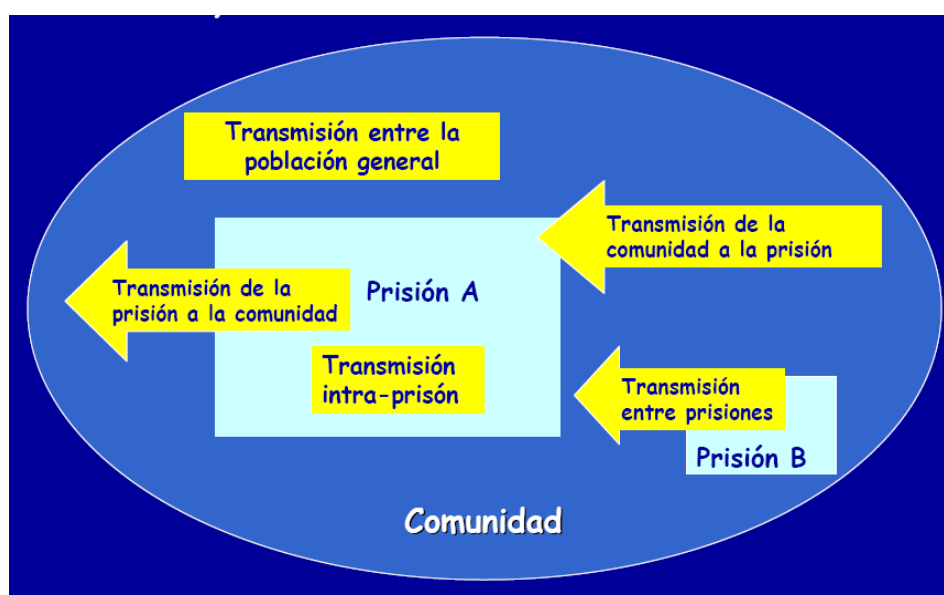
La organización del sistema de vigilancia de nuestro país se resume en el siguiente esquema:

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:

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

- Identificar grupos poblacionales con necesidades especiales.

En este contexto, es trascendental 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 CAPITULO 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 Comité 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 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 intra institucional o extra institucional (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.

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 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.

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

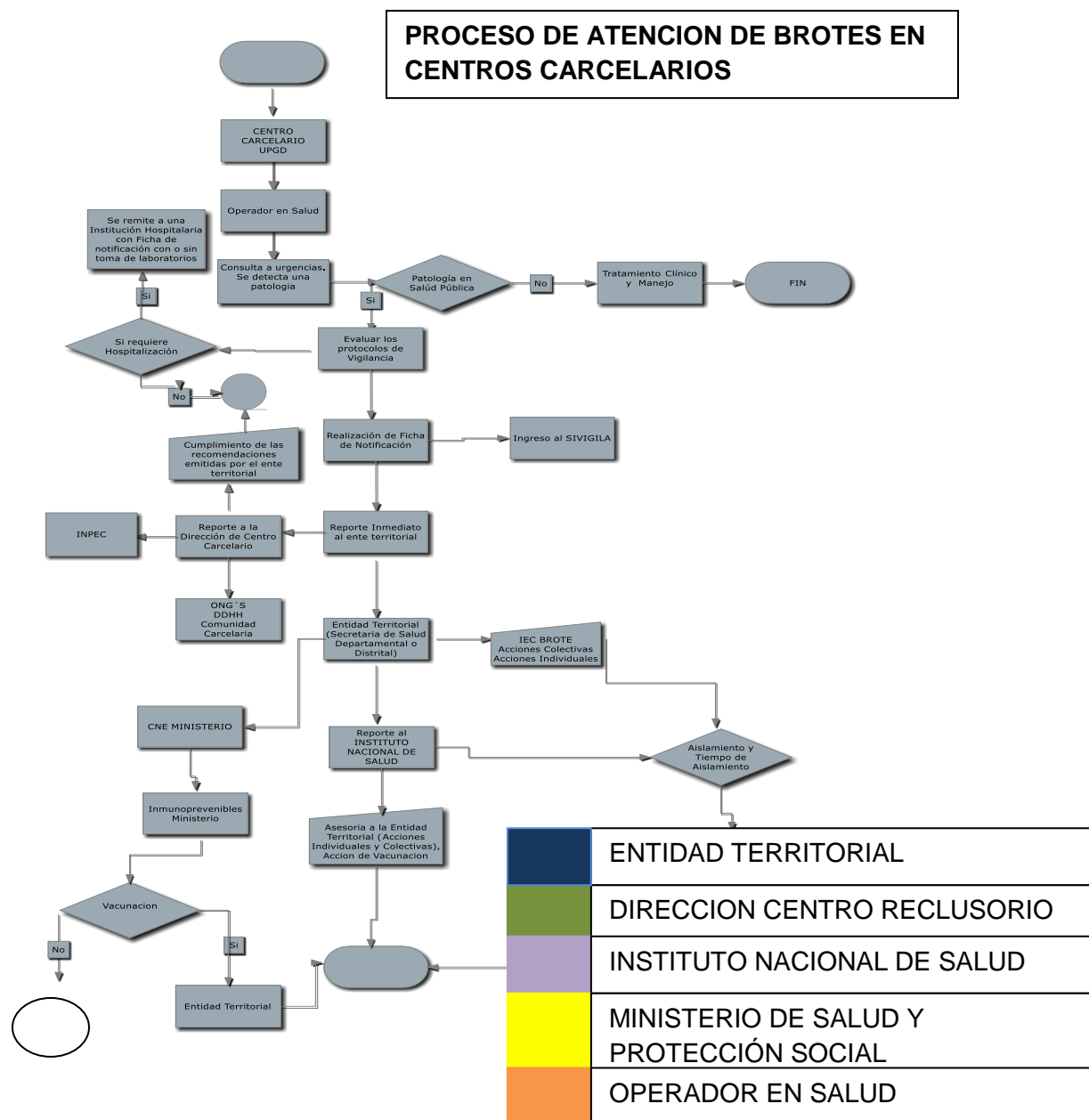
protección de la salud de la población interna por parte del INPEC; la segunda, por parte de la EPS

- 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 el personal del instituto involucrado, entre otras.

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 CAPITULO VII: ACCIONES ANTE LA PRESENCIA DE EVENTOS DE INTERES 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 a lo establecido en el protocolo o guía de atención.
3. Realizar acciones colectivas para la prevención y control.
4. Evaluación de las intervenciones desarrolladas.

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 las personas apropiadas, 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

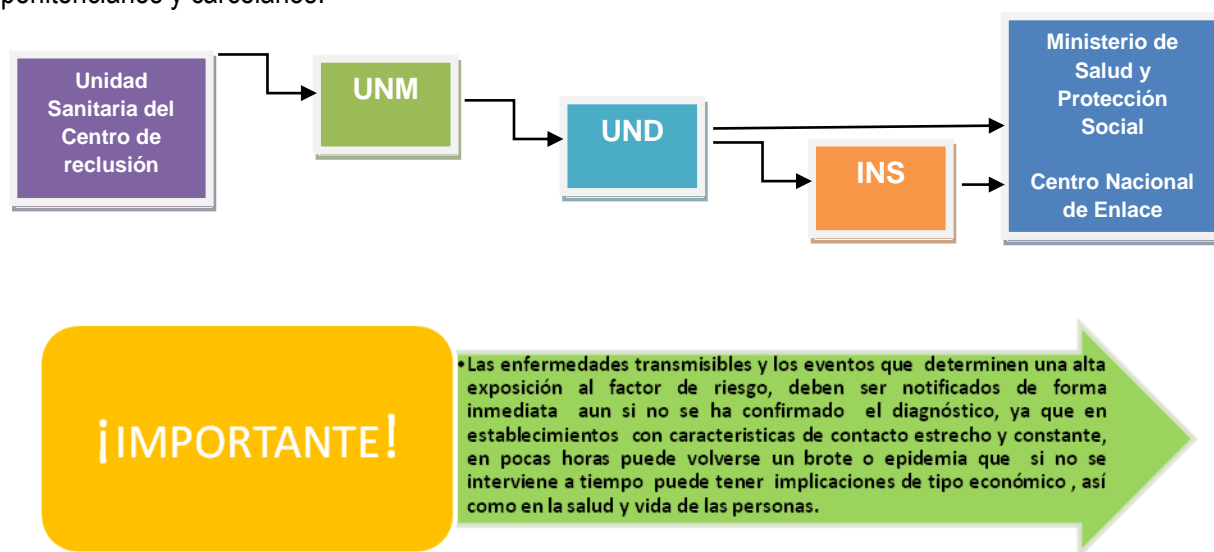
La notificación formal en el sistema de vigilancia se lleva a cabo a través de un subsistema (SIVIGILA), el cual es alimentado por la información que se captura a través de las fichas de notificación (datos básicos y complementarios de acuerdo al evento, disponibles en la página web del INS). La información 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

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

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 detectara, notificara y controlara de forma oportuna la aparición de riesgos y eventos de interés en salud pública.

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 para evitar el contagio más que para curar.

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 enfermedad⁴.

¡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.

⁴ Ministerio De Sanidad Y Consumo. Protocolos De Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes Biológicos. España.

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 generara 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.



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 institución⁵.

Las “Precauciones estándar” sintetizan la mayoría de las características de las “Precauciones universales” –sangre y fluido 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	DESCRIPCION	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)	<p>Lavado de manos antes y después de realizar procedimientos al paciente</p> <p>Uso de mascarilla si se sospechan infecciones de transmisión aérea o por gota</p> <p>Uso de mascarillas de seguridad si se sospecha TBC bacilífera o varicela (enfermedad vesículo-ampollosa)</p> <p>Cuarto individual</p> <p>Toma oportuna de cultivos, informe rápido de tinción de Gram e inicio de antibioticoterapia</p> <p>Tener en cuenta todas las precauciones estándar</p>	Uso de mascarilla si se sospechan infecciones de transmisión aérea o por gota
	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>	Etiqueta Respiratoria

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

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

ESPECÍFICAS			<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>	
	Precauciones Por gota	<p>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>	<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	<p>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>	<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>	
	Precauciones Por contacto	<p>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>	<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 al 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</p>	<p>Habitación individual para el paciente (no necesariamente) o alojar en grupos con el mismo germen</p>

			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).	
	Precauciones Por Vectores	Para enfermedades transmitidas por vectores durante el periodo de viremia o parasitemia		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

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 a 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, éstas 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 trabajo⁷.

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

⁷

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.

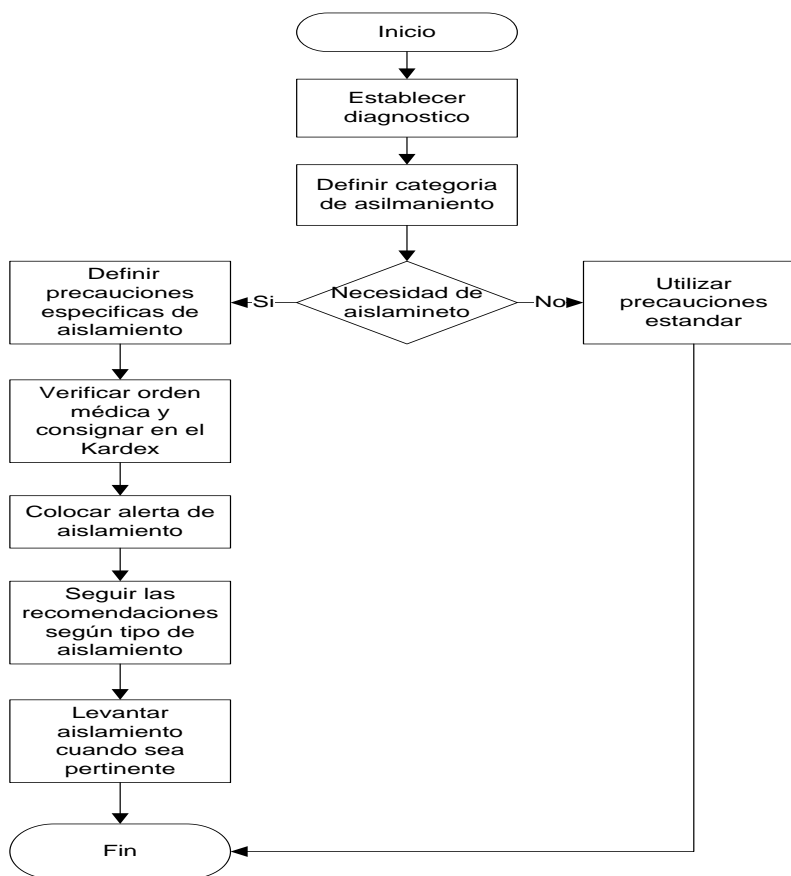
7.2.1.3 Criterios para establecer aislamiento

- La patología que está afectando a la población carcelaria
- Como 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: Guías de Atención Hospital Departamental de Villavicencio

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.

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 determinado⁸.

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 y las Empresas Sociales del Estado 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 a lo establecido

⁸ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Modulo 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>.

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 infección⁹. 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 incubación y transmisibilidad se debe realizar la respectiva recolección de muestras, aislamiento (según el caso) y profilaxis de acuerdo a 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 al 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

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

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.

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 Acciones de Control con la amenaza

El factor de riesgo 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**

Erradicación de virus, bacterias y otros microorganismos que pueden generar graves enfermedades a través de medios de desinfección y/o esterilización del ambiente; también se encuentra el sacrificio de animales que una vez infectados y que de ser consumidos o por su convivencia con humanos poseen un alto potencial de transmisión, así mismo se efectúa el cierre de establecimientos que por no cumplir con las condiciones higiénico sanitarias, pueden convertirse en origen y foco de transmisión de enfermedades e igualmente el decomiso, desnaturalización y destrucción de productos de consumo descompuestos o que por su contenido pueden generar enfermedades; también pueden desplegarse medidas como fumigación de lugares en los que circulan vectores con potencial transmisión, desratización en ambientes, entre muchos otros.

- **Riesgos Químicos**

Acciones para 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. De 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 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 afectados 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, dotación de

elementos de protección, vacunación, la entrega de toldillos para su uso para evitar el contacto con vectores transmisores de enfermedades, entre otras.

7.3.6 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 otras¹¹.

Ante la ocurrencia de eventos de interés en salud pública en los que se pueda considerar la cuarentena y/o aislamiento como medidas sanitarias, éstas serán evaluadas e impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente previa oportuna unidad de análisis en la que participarán la Dirección Territorial o Distrital de Salud, el INPEC, el administrador carcelario o penitenciario, la Empresa Administradora de Planes y Beneficios, el Prestador de Servicios de Salud y demás entidades que se consideren pertinentes.

7.3.7 Acciones de vacunación en establecimientos carcelarios y penitenciarios (reclusos y trabajadores en general)

Se recomiendan las siguientes vacunas: hepatitis B, influenza, tétanos-difteria, hepatitis A, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, meningococo, varicela, neumococo 23, rabia y paperas (se recomienda utilizar en esta población: Triple viral: cepa Jeryl Lynn, por su mínima post vacunal).

Vacunación para personal de servicios de aseo

Se recomiendan las siguientes vacunas: hepatitis B, influenza, tétanos-difteria, hepatitis A y fiebre tifoidea.

En manipuladores de alimentos

Se recomiendan las siguientes vacunas: hepatitis A, fiebre tifoidea, influenza y tétanos.

Vacunación contra la fiebre amarilla.

El riesgo de enfermar por fiebre amarilla existe cuando el recluso o personal trabajador se traslada a zonas selváticas o países endémicos. Deben tomarse las medidas preventivas contra los mosquitos, los cuales pican principalmente durante las horas del día.

¹¹ Ministerio De Sanidad Y Consumo. Protocolos De Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes Biológicos. España.

La vacuna contra fiebre amarilla es muy efectiva (cerca del 100%) mientras que la enfermedad es muy letal en adultos que no han sido inmunizados.

Para viajes domésticos, la vacunación se recomienda si se hace fuera de áreas urbanas de países donde hay zonas endémicas para fiebre amarilla.

Generalmente, la vacuna es bien aceptada; solamente 2% a 5% de los vacunados tienen reacciones leves incluyendo mialgias o cefalea. Las contraindicaciones son la alergia al huevo, la inmunodeficiencia celular y los positivos para VIH sintomáticos, aunque en países industrializados se aplica la vacuna si la persona sintomática tiene un conteo de CD4 de al menos 400 células/mm³. Las personas con VIH asintomáticas pueden desarrollar una respuesta protectora

7.4 Algunas Acciones Específicas Según el Evento

7.4.1 Varicela:

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 de los casos sospechosos de varicela y las acciones en salud pública son importantes para prevenir infección de personas susceptibles con son: 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 de trabajo, áreas destinadas para educación, 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.

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 ^{12 13 14}	Parotiditis ^{15 16 17}
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 varicela 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, 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 inflamación del glándula. El periodo de máxima infecciosidad 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 cortico esteroides y embarazadas aumenta la probabilidad de enfermar gravemente por varicela 	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus o no haya sido previamente inmunizada
Aislamiento	Los casos deben ser aislados hasta que se secan las vesículas, especialmente de consultorios médicos, salas de urgencias y otros lugares comunes como talleres, educativas, ranchos, 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 a la mayor brevedad a los 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.
Cuarentena	Aplica solo para aquellos lugares donde se encuentren personas con alto riesgo de enfermar gravemente	No aplica

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

¹² Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Varicela, Subdirección Vigilancia y control en Salud Pública- Instituto Nacional de Salud

¹³ 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>

¹⁴ El control de las enfermedades transmisibles, Decimo Octava Edición, Organización Panamericana de la Salud

¹⁵ Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Parotiditis, Subdirección Vigilancia y control en Salud Pública- Instituto Nacional de Salud

¹⁶ 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>

¹⁷ IDEM 3

- 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.
- 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 Dengue

Investigación de caso y de campo: en regiones o zonas sin historia de dengue es preciso verificar el cuadro clínico y explorar los antecedentes de desplazamiento del paciente por alguna zona con transmisión activa de la enfermedad, de forma que sea posible establecer si se trata de un caso importado o de un caso autóctono para proceder a las investigaciones entomológicas respectivas en el área.

Ante casos probables de dengue grave, la caracterización del caso implica, en primer lugar, la revisión de la historia clínica para verificar la aplicación de todos los criterios que constituyen la definición operativa para esta enfermedad. Esta información 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 (RTPCR Dengue). La notificación en los casos de dengue grave y mortalidad debe ser inmediata al ente territorial.

Cuando el caso reside en una zona sin historia reciente de dengue es procedente indagar por antecedentes como desplazamientos a zonas endémicas o epidémicas para esta enfermedad, contacto con personas con cuadros febriles o con dengue confirmado por laboratorio.

Si el paciente está siendo observado o tratado (de acuerdo a los criterios de la guía de atención MPS INS 2011) dentro de la institución carcelaria se debe aislar al paciente mediante el uso del toldillo durante el período febril y asegurar el control vectorial para el resto de la comunidad penitenciaria.

Ante la aparición de casos de dengue o dengue grave en un área silenciosa o sin historia reciente de dengue es necesario que el ente local de salud realice investigación de campo para establecer las condiciones que han permitido la transmisión de la enfermedad.

Estos datos en áreas sin historia de dengue permiten, además de caracterizar el caso, configurar el escenario epidemiológico de la región para orientar las acciones de control, así como las de vigilancia virológica y entomológica que sean necesarias.

En todos los casos de dengue grave y de mortalidad por dengue es necesario investigar los antecedentes personales en los cuales se establezca la demanda de atención médica previa, el tipo de medicación y recomendaciones dadas al paciente sobre la identificación de signos de alarma y en qué momento buscó nuevamente atención médica, el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta médica y en general la aplicación de los criterios recomendados para el manejo en la guía de atención integral para pacientes con dengue MPS_INS 2011 de práctica clínica del dengue (de acuerdo con la normatividad vigente). Además, se debe realizar unidad de análisis en cada uno de los casos de mortalidad probable por dengue.

Medidas de control sobre casos y contactos: todo paciente con dengue y dengue grave que sea hospitalizado debe permanecer bajo toldillo durante los primeros ocho días de la fiebre, período en el cual el ser humano es infectante para el mosquito. Esta medida inmediata permite cortar la cadena de transmisión de la enfermedad. Además, deberá recibir información sobre los principales signos y síntomas de alarma de la enfermedad (manifestaciones hemorrágicas, dolor abdominal generalizado, vómito, entre otros) y la importancia de la consulta oportuna en caso de que se presente una complicación u otro enfermo entre la familia o los vecinos.

Para el manejo de los casos de dengue y dengue grave, es preciso consultar la guía clínica para la atención integral del dengue (de acuerdo con la normatividad vigente).

7.4.3 Tuberculosis

La identificación del sintomático respiratorio debe desarrollarse como está establecido en las guías de atención y para el caso de establecimientos carcelarios debe realizarse inicialmente por los médicos y odontólogos del INPEC al ingreso de las PPL a cada uno de los Establecimiento carcelarios del país.

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 al interior de los establecimientos carcelarios; ante la presencia de un caso probable de tuberculosis extrapulmonar es necesaria la realización de exámenes de laboratorio que permita confirmar o descartar el caso de acuerdo a lo establecido en la Guía de Atención Integral de la TB pulmonar y extrapulmonar.

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 los recursos para 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 establecidos para ello, teniendo en cuenta el flujo de la información establecido a nivel nacional.

- **Inscripción del paciente en el programa de control**

Diligenciar la tarjeta individual de control de tuberculosis, definiendo el manejo o esquema de tratamiento según guía de atención; el médico debe indicar al paciente cómo y dónde le administrarán el tratamiento y, en lo posible, presentarle al paciente la persona que se encargará de la administración y supervisión del mismo, igualmente debe iniciar el proceso al interior del establecimiento con el fin 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 transmisión. El tiempo de permanencia del interno (PPL) en las áreas de aislamiento respiratorio y de contacto está condicionado al reporte negativo de baciloscopia, para el caso de diagnosticados por este medio o reporte negativo de cultivo en caso de diagnosticados por cultivo de esputo con baciloscopias negativas, estas muestras serán tomadas a los treinta (30) días de iniciado el tratamiento. En relación a los casos de tuberculosis extrapulmonar, estos requerirán ningún tipo de aislamiento.

- **Inicio de tratamiento**

Según esquema de tratamiento definido en la Guía de atención, con suministro y administración (directa y estrictamente supervisada).

Asesoría para la realización de pruebas de tamizaje para VIH. Debido a la asociación entre la infección por el VIH y la tuberculosis, a toda persona seropositiva al VIH se le debe realizar baciloscopia de esputo para el diagnóstico de tuberculosis; igualmente, a todas las personas con TB se les debe ofrecer sistemáticamente la asesoría y la prueba para la detección de VIH bajo altos estándares de calidad.

- **Pruebas de susceptibilidad del *Mycobacterium tuberculosis* a los fármacos antituberculosos de primera y segunda línea.** Dentro de las actividades de vigilancia de la tuberculosis se debe realizar cultivo para hacer identificación de especie y pruebas de susceptibilidad a los fármacos antituberculosos: a todo paciente con recaída, o cuyo tratamiento ha fracasado, o que ha abandonado el mismo por más de un mes, casos en población de alto riesgo (personas privadas de la libertad, habitante de calle, población indígena, fuerzas armadas, educadores, trabajadores de la salud y pacientes inmunocomprometidos), coinfección con el VIH/sida, SR contacto de un caso índice de TB resistente, TB –MDR o TB-XDR y en tuberculosis infantil.

- **Información y registro para el seguimiento de pacientes**

Todo paciente debe incluirse en el libro de registro de casos de TB a partir del cual se realizará el informe de casos y de cohortes del programa de control de TB; las IPS entregarán esos informes al municipio y éste a su vez al departamento y la nación.

- **Visita familiar del paciente inasistente al tratamiento o control**

Debe realizarse a partir de la segunda inasistencia a fin de evitar tratamientos irregulares que conduzcan a la aparición de resistencia bacteriana; la visita es responsabilidad directa de la aseguradora a través del POS (en régimen subsidiado o contributivo) o a los recursos para prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

7.4.4 VIH/SIDA

- Brindar consejería pre y post prueba para quienes se realizan las pruebas presuntivas.
- 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 la 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 materno infantil, transmisión sexual y sanguínea.
- Brindar tamizaje 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.

7.4.5 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. De igual manera hacer seguimiento al plan de mejoramiento y a las medidas sanitarias (Decreto 3075 de 1997, Capítulo XIV) que deben recomendar las autoridades sanitarias de control.

Es necesario tener en cuenta que cuando se recolectan muestras involucradas en un brote de ETA, fiebre tifoidea y paratifoidea, cólera y hepatitis A, 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.

7.4.6 Enfermedades de origen zoonótico- Leptospirosis

Ante la presentación 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 medio ambientales (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.

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, basados 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, habiendo en una fase inicial

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 Penitenciario y 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 de 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 de 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 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 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 semi presencial 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 libertad deberá realizar una actividad practica 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 penitenciario
13. El constructivismo: un Modelo Pedagógico para 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 libertad, desempeñan en 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 al interior de 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 al interior de los establecimientos de reclusión.

Las personas privadas de 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 adelanta 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 logran las acciones referidas anteriormente. Considerando la creciente población de privados de 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 laringea	SI	Mascarilla N95	Tratamiento efectivo y 3 cultivos negativos
Aerosoles y Contacto	Sarampión, Varicela	SI	Masacrilla 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 y Contacto	Herpes zoster	SI		

Aerosoles, Gotas y Contacto	SARS, AH1N1	SI	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
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 Haemophilus Influenzae tipo B (Sepsis, meningitis, neumonía, epiglotitis)	Secreciones nasales y faringeadas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioticoterapia
Infecciones por Neisseria meningitidis (meningitis, neumonía y sepsis)	Secreciones nasales y faringeadas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibioticoterapia
Difteria faringea activa	Secreciones faringeadas	Hasta terminar la antibioticoterapia y tener dos hemocultivos o cultivos negativos
Neumonía por Mycoplasma	Secreciones nasales y	Hasta 10 días después de iniciado

patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
	faringeas	tratamiento
Bacteremia, neumonía y/o meningitis por meningococo	Secreciones nasales y faringeas	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento
Tos ferina	Secreciones nasales y faringeas	Hasta siete días después de iniciado el tratamiento
Faringitis por Estreptococo B hemolítico del grupo A	Secreciones nasales, faringes y sanguíneas	Hasta terminar la antibioticoterapia y tener dos hemocultivos negativos
Fiebre escarlatina	Secreciones nasales y faringeas	Hasta dos días después de iniciado el tratamiento
Parvovirus B 19	Secreciones nasales y faringeas	Durante toda la hospitalización
Infecciones virales como Influenza	Secreciones nasales y faringeas	Hasta cuatro días después de la iniciación de signos y síntomas
Adenovirus	Secreciones nasales y faringes, heces	Durante la hospitalización
Rubéola	Secreciones nasales y faringes, orina, sangre y heces	Hasta cuatro días después de iniciado el exantema
Rubéola congénita	Secreciones nasales y faringes, 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 AEROSOL

Aislamiento de aerosol: Naranja

patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Sarampión	Secreción nasofaringea	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 medicamentosa y las lesiones tengan costra
Tuberculosis pulmonar activa y faringea	Secreción nasofaringea	Tres semanas después de haber iniciado tratamiento antimicrobiano

patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Paciente con VIH positivos con cuadro de fiebre o infiltrado pulmonar	Secreción nasofaringea	Hasta cuando se descarte tuberculosis
Tos ferina	Secreción nasofaringea	Cinco días después de iniciada la antibioticoterapia
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 Nasofaringeas de materia fecal de animales (aves y gatos). Se desconoce la transmisión Humano-Humano.	Hasta cinco días de inicio de síntomas.
SDRAS	Secreciones nasofaringeas	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 multiresistentes	Secreciones	Hasta terminar la antibioticoterapia y tener dos hemocultivos negativos
Infecciones gastrointestinales. Enfermedades entéricas causadas por Clostridium difficile, E coli, Shigella sp	Heces y secreciones	Hasta tener coprocultivos negativos
Hepatitis A, E y Rotavirus	Heces	Una semana después de la ictericia
Infecciones por virus respiratorios: sinsitial, parainfluenza o enterovirus	Secreción nasofaringeas y heces	Hasta cuando termine la enfermedad

patología	Material Infectante	Tiempo de aislamiento
Difteria cutánea	Lesiones cutáneas	Hasta terminar la antibioticoterapia 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 antibioticoterapia
Forunculosis por Estafilococo	Secreción cutánea	Hasta cuando termine la enfermedad
Abscesos	Secreciones	Duración de la enfermedad
Escabiosis, Pediculosis	Acaro, Pediculus Pubis o capitis	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 reepitelización.

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.

BIBLIOGRAFIA

- 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 Bogota.2005, 2006, 2007,2008.
- Colombia. Secretaria 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. Secretaria 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 Bogota. Secretaria de Integración Social- Secretaria 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 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 Editorial.
- Moller, L., Stover, H., 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