

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No.828
(De 15 de SEPTIEMBRE de 2009)

Que adopta las Normas Técnico Administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad, en las clínicas del sistema penitenciario

EL MINISTRO DE SALUD,
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que es función del Ministerio de Salud velar por la salud de la población panameña, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que el Artículo 5 de la Ley 55 de 30 de julio de 2003, señala que el Sistema Penitenciario velará por la vida, integridad física y salud del privado o privada de libertad, de tal forma que se respeten los derechos humanos; igualmente protegerá el derecho a la salud de los mismos con trastornos mentales, otras enfermedades y discapacidad, que no sean discriminadas por su condición.

Que el Artículo 62 de la precitada Ley señala, entre otras cosas, que el Estado garantizará, a través del Ministerio de Salud y, en coordinación con el Ministerio de Gobierno y Justicia, que todo centro penitenciario cuente con los servicios de salud.

Que es interés del Ministerio de Salud y del Ministerio de Gobierno y Justicia unir esfuerzos que permitan mejorar la condición de salud de la población privada de libertad de los diferentes centros del Sistema Penitenciario de la República.

Que el Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, tiene la responsabilidad de brindar los lineamientos orientados al mejoramiento de la salud biopsicosocial de la población privada de libertad, en las clínicas del Sistema Penitenciario, mediante el establecimiento de las normas de atención.

Que en Convenio firmado con el Ministerio de Gobierno y Justicia, el 25 de agosto de 2009, el Ministerio de Salud se compromete a establecer las normas de atención para la población privada de libertad.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Se aprueban las siguientes Normas Técnico Administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad, en las clínicas del sistema penitenciario, según se detalla a continuación:

Capítulo I. Normas Técnicas

A. Antecedentes

En los últimos años, la población de privados(as) de libertad ha oscilado entre 10,000 a 12,000 en todos los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento de la República, en tanto que la población adolescente en los centros de cumplimiento y custodia oscila entre 200 a 300 jóvenes.

En el año 2003 se presenta al MINSA el proyecto denominado Apoyo a la Modernización del Sistema Penitenciario, suscrito entre la República de Panamá y la Comunidad Europea (segunda fase), con el objetivo de mejorar las condiciones sociales, legales y de salud de la población privada de libertad. En este sentido se han realizado las acciones encaminadas al cumplimiento de dicho proyecto, con el desarrollo del Plan Operativo a partir del año 2005 y 2006.

Se inició la reorganización de los servicios de salud a nivel de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia en cada región de salud del país, en colaboración con el Sistema Penitenciario, como un compromiso formal. Igualmente, fueron desarrollados los programas de salud y se inició la implementación en todos los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Además fue fijada un área de aislamiento, y para el año 2006 se amplió esta área, en cumplimiento de lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Nacional de Tuberculosis.

Para el año 2005 a 2006 se incrementó la designación del recurso humano en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia y fue nombrado personal médico y paramédico exclusivo en el Complejo La Joya. Sin embargo, actualmente se ha registrado una disminución de este personal.

El Estado se compromete a alcanzar los objetivos consagrados en nuestra Constitución Política en materia de seguridad, defensa social y readaptación del individuo que delinque con la aprobación de la Ley 55 de 2003, “Que reorganiza el Sistema Penitenciario, y con la Ley 40 de 1999 de “Régimen Especial de Responsabilidad Penal para la Adolescencia” (actualmente a cargo del Ministerio de Gobierno y Justicia).

Asimismo el Estado, por medio del Ministerio de MINSA, en coordinación con el MINGOB, a través de la Ley 55, capítulo III, sección 4, artículos 62 y 63, y su Reglamentación de 25 de julio de 2005 (referente a los servicios médicos), y la Ley 40, (artículos 54, 55, 56, 57 y 58), se compromete a garantizar que todos los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia cuenten con los servicios de salud, los cuales deben ser brindados por un equipo interdisciplinario.

En relación al saneamiento ambiental, los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia carecen de sistemas sanitarios adecuados para preservar la salud de la población privada de libertad, tales como: saneamiento básico de pabellones y celdas, sistema de agua potable, de disposición de excretas, que en ocasiones colapsan. En la actualidad, el MINSA ha aunado esfuerzos en coordinación con el MINGOB y estableció un Programa de Saneamiento en los diferentes centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, y ha elaborado una norma preliminar de salud ambiental que aborda el tema de saneamiento básico continuo en estos centros.

Actualmente, el Sistema Penitenciario brinda la atención en salud basándose en la demanda de morbilidades, atención de urgencias y además evaluaciones médicas para aplicar medidas sustitutivas de la reclusión, para programas laborales y de estudios. A pesar de las limitantes, enfoca sus proyecciones en el mejoramiento de la calidad de atención de los(as) privados(as) de libertad en forma integral, a través de la implementación de programas de prevención y control de las enfermedades que se presentan en el entorno penitenciario.

Los centros de cumplimiento y custodia actualmente trabajan con programas de prevención, como vacunación, evaluación de ingreso en forma integral y pruebas hematológicas anuales, así como las morbilidades, basándose en las Normas Generales de Niñez y Adolescencia del MINSA.

B. Fundamento de Derecho:

1. Constitución Política de la República de Panamá de 1972. Reformada por el Acto Legislativo No. 1 de 2004 – Título III: Derechos y Deberes Individuales y Sociales. Capítulo I: Garantías Fundamentales: artículos 19 y 28; Capítulo VI; Salud, Seguridad Social y Asistencia Social: artículos 109 y 110.
2. Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud.
3. Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, por la cual se aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá.
4. Ley 55 de 30 de julio de 2003, “Que reorganiza el Sistema Penitenciario.”
5. Ley 40 del 26 de agosto de 1999: Régimen especial de Responsabilidad Penal para la Adolescencia”.
6. Ley 3 de 5 de enero de 2000 / Normas de prevención y control de ITS/VIH-SIDA.
7. Ley 42 de 27 de agosto de 1999, Por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.
8. Decreto ejecutivo 16 del 22 de enero de 1969, que reglamenta la carrera de médico interno, residentes especialistas y odontólogos
9. Ley 1 de 6 de enero de 1954, “por la cual se reglamenta la carrera de enfermera”.

10. Decreto Ejecutivo No. 46 de 28 de diciembre de 1998. “Normas para la atención de personas con discapacidad y se adoptan otras disposiciones con relación a la equiparación de oportunidades y facilidades que debe recibir la población.”
11. Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Gobierno y Justicia y el Ministerio de Salud de 13 de julio de 2000.
12. Acuerdo de 14 de diciembre de 2007, entre el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y los médicos y odontólogos al servicio del Estado agremiados dentro de la Comisión Médica Negociadora Nacional.
13. Ley 35 de 2006, por la cual se aprueba la Convención Internacional de la ONU para la erradicación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.
14. Ley 59 de 2005, “que adopta normas de protección para las personas con enfermedades crónicas, involutivas o degenerativas que produzcan discapacidad.”
15. Convenio de Gestión Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno y Justicia para la Atención de Salud de la Población Privada de Libertad, del 25 de agosto de 2009.

C. Objetivos:

1. Objetivo general

Brindar los lineamientos técnicos al equipo de salud de las clínicas del Sistema Penitenciario, que permita contribuir al mejoramiento de la salud biopsicosocial de la población privada de libertad, mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención, atención integral, control de enfermedades y atención del medio ambiente.

2. Objetivos específicos.

1. Dictar lineamientos normativos en aspectos técnicos y administrativos en materia de salud integral para la población privada de libertad.
2. Brindar lineamientos para la atención integral mediante de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del proceso salud-enfermedad de la población privada de libertad.
3. Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los privados(as) de libertad a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
4. Brindar una guía para la provisión de los servicios integrales de salud a los pacientes privados(as) de libertad con calidad y sensibilidad humana.
5. Facilitar el desarrollo de programas educativos continuos con la finalidad de interesar a la población privada de libertad en la conservación y cuidado de su salud integral.
6. Mejorar la salud ambiental en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.
7. Fortalecer la coordinación entre los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia con el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSA, con la finalidad de obtener información estadística confiable y oportuna de la población privada de libertad en todo el territorio nacional.

D. Ámbito de aplicación:

Estas normas son de aplicación general y obligatoria en todos los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia de todo el territorio nacional, respetando la diversidad cultural, religiosa, de valores, ideológica, social, económica, étnica, de género y discapacidad.

E. Autoridad Competente:

El MINSA, como ente rector de la salud pública del país, es la entidad responsable de velar por la aplicación de las normas de salud para privados de libertad. Para ello actuará en coordinación con el MINGOB.

F. Normas generales:

Atención: Flujograma de Atención (Anexo 1)

1. Todo (a) privado (a) de libertad debe presentar la evaluación médica de la institución que lo remita al momento de su ingreso al centro penitenciario o de cumplimiento y custodia.
2. La evaluación médica deberá estar firmada por el privado de libertad y por el médico que lo evaluó.
3. Los servicios médicos se realizarán de manera integral por medicina general y especialidades, odontología, trabajo social, nutrición, psicología, laboratorio y farmacia, contando con las herramientas necesarias para tales fines.
4. A todo(a) privado(a) o privada de libertad se le garantizará una atención en salud con calidad, calidez y confidencialidad, excepto en los casos de notificación obligatoria, y los que atenten contra su integridad personal.
5. A todo(a) privado(a) o privada de libertad, a su ingreso en el centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, se le hará la historia clínica completa en un plazo no mayor de veinticuatro horas luego de su ingreso al centro, salvo fuerza mayor o caso fortuito, siempre que los traslados al área de atención médica se den dentro de las horas laborables del personal de salud y de acuerdo con la capacidad instalada. La atención será anotada en el registro diario de actividades, tarjeta de seguimiento, tarjeta de vacunación y laboratorio.
Para cumplir con el objetivo de evaluar a los pacientes en el plazo estipulado, el MINSA y el MINGOB están obligados a proporcionar el personal médico y de salud necesario.
6. Todas las disciplinas (médico, odontólogo, enfermera, trabajador social, nutricionista, psicólogo, psiquiatra y otros /as) que intervienen en la atención del/de la privado (a) de libertad, deberán anotar en el expediente clínico un resumen de cada una de sus intervenciones. De ser necesario, se redactará un informe con todos los hallazgos encontrados, planes y recomendaciones.
7. Los(as) funcionarios(as) responsables de brindar la atención, efectuar exámenes, procedimientos o pruebas complementarias a los(as) privados(as) de libertad, deben explicar a los usuarios en que consistirán, de acuerdo a lo establecido en la Ley 68 de 2003, por la cual se regulan los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada.
8. Todo(a) privado(a) o privada de libertad será registrado y/o clasificado(a) de acuerdo al diagnóstico y condición de salud, para su debida atención integral.
9. Para asegurar que los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia cuenten con los servicios de salud necesarios y adecuados para su entorno, el MINSA y el MINGOB deberán mantener coordinación permanente.
10. Todo(a) privado(a) o privada de libertad deberá ser incluido(a) en un programa de rehabilitación y control de salud, según los recursos de la unidad ejecutora.
11. Todo lo concerniente a la situación de salud de los(as) privados(as) y privadas de libertad deberá ser coordinado con las demás disciplinas.
12. En aquellos casos en que según criterio médico y por su complejidad así se requiera, deberá realizarse la inter consulta respectiva.
13. Se dará atención de urgencia a las situaciones de salud que presente el personal administrativo que labora en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, para posterior traslado de ser necesario.
14. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas deberán estar ubicados en áreas especiales (Ejemplo: TBC, hepatitis, VIH/SIDA y varicela).
15. Los pacientes con enfermedades crónicas deberán ser incorporados a programas de tratamiento, prevención y control.
16. A todo privado de libertad con posibilidad de ser repatriado se le harán evaluaciones médica y social previas.
17. A todo privado o privada de libertad que va a ser repatriado(a) se le hará una evaluación médica al momento de su salida del país.
18. Se garantizará a todo(a) privado(a) o privada de libertad con alguna discapacidad diagnosticada el acceso a los servicios de salud. Se debe eliminar las barreras físicas en las áreas donde haya discapacitados privados de libertad.
19. El privado(a) de libertad debe ser atendido en la clínica de salud correspondiente al centro penitenciario o de custodia y cumplimiento.
20. El privado(a) de libertad que va a ser atendido en la clínica de salud, debe estar acompañado obligatoriamente de un custodio, previa requisa.
21. Según la infraestructura disponible, se debe mantener un área especial para los casos de afecciones que representen un deterioro para la seguridad de los demás privados de libertad.

22. Se deben hacer actividades de promoción y se fomentar la participación en programas de docencia e investigación para los funcionarios(as), custodios y privados(as) de libertad.

G. Mecanismos de evaluación:

1. El MINSA, en coordinación con el Sistema Penitenciario y los centros de cumplimiento y custodia, regentados por el MINGOB, utilizará los mecanismos existentes de evaluación sanitaria, adecuándolos tomando en consideración las características especiales de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento o de cumplimiento y custodia y la administración de salud penitenciaria.

2. Las herramientas de evaluación de gestión sanitaria que se aplicarán al Sistema Penitenciario y de cumplimiento y custodia son:

1. Auditoría de expedientes.
2. Plan Operativo Anual.
3. Convenio de Gestión.

H. Componentes de Salud Integral dirigidos a los/las privadas de libertad

Componente 1: Medicina General y Especialidades:

Atención de Adolescentes en los centros de cumplimiento y custodia

La adolescencia es una etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano, entre la niñez y la adultez, y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la etapa de la adolescencia se ubica entre los 10 y 19 años. En términos de grupo de edad y para efectos de la planificación, reconocemos dos subetapas claramente diferenciadas: 10 a 14 años (adolescencia temprana) y 15 a 19 años (adolescencia propiamente dicha). Estas dos subetapas marcan dinámicas, necesidades y capacidades diferenciadas, frente a las que el Estado debe tener también una oferta diferenciada.

El Estado panameño, a través de la Constitución de la República del año 1972 y de otras normas jurídicas, ha establecido las bases legales que sustentan la atención integral del adolescente (Capítulo 6, punto 3, artículo 106).

Para la protección y cuidado de la salud integral de la niñez y adolescencia, nuestro país cuenta con un marco jurídico amplio, que respalda legalmente la ejecución de las actividades de promoción, prevención, educación, información y rehabilitación dirigidas a este grupo poblacional.

Para atender a esta población adolescente, el MINSA dispone de las **“Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes”, del año 2006**. Estas normas son de aplicación y uso general de los sectores públicos, entidades autónomas y semi-autónomas, sectores privados y sociales que brinden atención a los y las adolescentes en todo el territorio nacional, respetando la diversidad cultural, religiosa, de valores, ideológica, social, económica, de género, discapacidad. Las intervenciones contempladas en esta norma, deben aplicarse a los jóvenes que se encuentran privados(as) de libertad, de acuerdo a la disponibilidad del recurso humano existente, la capacidad instalada, y las medidas de seguridad respectivas, para realizar estas intervenciones.

En este documento se han planteado las intervenciones básicas para atender a los privados(as) de libertad que se encuentran en los centros de cumplimiento y custodia, y para el resto de las actividades, referirse a las **“Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes”, año 2006**

La aplicación de las normas tiene un enfoque básicamente preventivo, orientado hacia el contexto de Servicios Amigables con las características que lo definen (Anexo 3).

Objetivos

Objetivo general

Ofrecer herramientas técnicas al equipo de salud, que orienten y faciliten la programación, ejecución y evaluación de las actividades dirigidas a los y las privados (as) de libertad, en las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, haciendo hincapié en la salud sexual y reproductiva, transversalizando la perspectiva de género y de derechos humanos.

Objetivos específicos

1. Difundir los compromisos internacionales y normas nacionales relativas a los derechos a la salud de los y las adolescentes.
2. Promover un modelo de atención que garantice el seguimiento al crecimiento y desarrollo de privados (as) de libertad sanos, respetando su integridad corporal, previniendo sus riesgos y vulnerabilidades e identificando situaciones generadoras de resiliencia.
3. Brindar a los y las privados (as) de libertad una red de servicios de salud amigables con atención humanizada y de calidad, que garantice el acceso sin discriminación por condición socioeconómica, raza, etnia, género ni edad, mediante actividades de promoción, prevención, atención o rehabilitación de su salud, haciendo hincapié en salud sexual y reproductiva.
4. Brindar oportunidades para que los y las privados (as) de libertad adquieran competencias en el empoderamiento para la toma de decisiones sobre su salud.
5. Diagnosticar tempranamente los trastornos de salud biopsicosocial que afectan a los y las privados (as) de libertad, orientando su tratamiento de acuerdo con criterios de oportunidad y calidad, con enfoque interdisciplinario.
6. Desarrollar estrategias innovadoras que proporcionen conocimientos a los y las privados (as) de libertad a través de acciones de información, educación para que adopten estilos de vida saludables.
7. Identificar factores de riesgo y factores protectores de la salud biopsicosocial de los y las privados (as) de libertad, que orienten el diseño de planes de intervención.
8. Establecer alianzas estratégicas con padres, madres y otros familiares para el desarrollo de actividades que coadyuven al bienestar biopsicosocial y ambiental de los y las privados (as) de libertad.
9. Establecer alianzas estratégicas con instituciones, organizaciones comunitarias, grupos religiosos, ONGs, sociedad civil, escuelas formadoras del recurso humano, grupos cívicos, gremios de profesionales, para que sea óptimo el uso de los recursos a favor de la atención integral de los y las privados (as) de libertad.
10. Desarrollar acciones de rehabilitación biopsicosocial y ambiental de acuerdo al diagnóstico o condición del/de la adolescente.
11. Priorizar la atención en salud entre los y las privados (as) de libertad con riesgo biológico, psicológico, social, ambiental y laboral.

Normas generales para los centros de cumplimiento y custodia

1. A todo privado o privada de libertad, a su ingreso al Centro de Cumplimiento y Custodia, se le hará la Historia Clínica completa, según lo establecido en el numeral 5 de las Normas generales.
2. Los y las privados (as) de libertad con alguna discapacidad deben ser atendidos (as) con calidad y calidez, en los servicios de salud.
3. A las y los privados (as) de libertad que asistan a consultas en el establecimiento de salud por morbilidad, se les realizará la Historia Clínica del Adolescente, examen físico completo y valoración del estado emotivo. La atención será anotada en la hoja de registro diario de actividades, tarjeta de seguimiento, tarjeta de vacunación.
4. Los funcionarios(as) responsables de brindar la atención, efectuar exámenes, procedimientos o pruebas complementarias a los y las privados (as) de libertad, debe explicarles en qué consistirán, de acuerdo con lo establecido en la Ley 68 de 2003, por la cual se regulan los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada.
5. Los servicios de salud dirigidos a los y las privados (as) de libertad deben garantizar una atención integral con confidencialidad, lo cual debe ser explicado a sus padres, madres, tutores o acompañantes.
6. Las y los privados (as) de libertad tienen derecho a ser atendidas /os por demanda espontánea, dentro del horario de atención de la instalación de salud.
7. El equipo de salud debe trabajar la clarificación y negociación de los roles de los(as) privados(as) de libertad y su relación con los custodios y funcionarios de los centros, para alcanzar las metas individuales y grupales de manera integral.
8. Se debe investigar a los/las privados (as) de libertad con comportamientos sexuales de riesgo.

9. Las y los privados (as) de libertad con factores de riesgo detectados serán referidos (a) a la disciplina que corresponda: Trabajo Social, Nutrición, Salud Mental, Odontología y otras.
10. A las y los privados (as) de libertad con morbilidad se le impartirá educación durante la consulta.
11. Las y los privados (as) de libertad con morbilidad psicosocial deben ser referidas(os) a Trabajo Social y Salud Mental.
12. Toda patología que no pueda ser resuelta en la instalación de salud del centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, deberá ser referida a una institución con mayor capacidad resolutoria o de su competencia.
13. La Historia Clínica del Adolescente debe completarse con otros instrumentos existentes pertinentes de acuerdo a la situación presentada, tales como: Historia Clínica Perinatal, Informe Psicológico, Informe Social, formulario del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia(SURCO), de Informes Radiológicos, o de Laboratorio, Formulario de Sospecha por Violencia Doméstica y otros.
14. Los y las privados (as) de libertad deben atenderse con las normas y protocolos que existen para unificar los criterios de atención o manejo de la patología o condición que presente; considerando que tienen necesidades especiales que ameritan una orientación individualizada y tomando en cuenta los daños que podrían ocasionarle tratamientos a largo plazo, por ser personas en pleno desarrollo.
15. Cada miembro del Equipo determinará el tiempo necesario para las intervenciones con el/la adolescente según estándares establecidos.
16. Las y los privados (as) de libertad deben recibir consejería y educación de la morbilidad que les está afectando, para facilitarles la toma de decisiones sobre su salud.
17. El equipo de salud que trabaja con privados (as) de libertad debe recibir capacitación en aspectos relacionados y en el Anexo 2 se sugieren algunos temas. Debe efectuar sesiones bibliográficas al menos 1 vez al mes, sesiones de educación continua, al menos una vez al mes, extendiéndolas al resto del Equipo de Salud (discusión de casos, conferencias), para lograr el enriquecimiento de los participantes, lo que mejorará la calidad de la atención que ofrezcan a los/las privados (as) de libertad.
18. Es responsabilidad del/de la Director(a) Médico(a) asignar el tiempo y tomar las medidas administrativas para que se realicen las reuniones técnicas y sesiones bibliográficas.

Promoción de la salud

1. En todo Centro de Cumplimiento y Custodia deberán realizarse actividades de promoción de la salud integral del adolescente.
2. Los equipos de salud deberán proporcionar espacios para la adquisición de competencias a través de información, educación y empoderamiento para el cuidado de la salud.
3. Todos los equipos salud deben conocer y divulgar las políticas, los compromisos internacionales y normas nacionales relativas a los derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos de los y las privados (as) de libertad.

Estrategia

Desarrollo de actividades o acciones de promoción de la salud dirigidas a los y las privados (as) de libertad, para que adquieran competencias en la toma de decisiones en salud y participen en la gestión y cuidado de su salud, la de su familia, comunidad, y del ambiente, en los diferentes escenarios donde interactúa el/la adolescente, pues es el sujeto y el objeto de estas acciones.

Prevención

1. Los y las privados (as) de libertad tienen derecho a la Evaluación Integral de su Crecimiento y Desarrollo haciendo hincapié en la detección de riesgos biopsicosociales y la identificación de factores protectores de su salud, actividad que debe realizar el médico, odontólogo, nutricionista, salud mental, trabajador social, enfermera(o), técnica(o) de enfermería y adyuvante de salud.
2. Los y las privados (as) de libertad tienen derecho a la evaluación de su salud sexual y reproductiva por lo menos una vez al año. Esta actividad la debe realizar el médico, la enfermera(o), técnica(o) de enfermería y ayudante de salud.
3. A toda y todo adolescente se les debe hacer una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su familia, al menos una vez al año.
4. A las y los privados (as) de libertad se les debe hacer una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su red social, al menos una vez al año.

5. El equipo de salud capacitado debe ofrecer a las/os privados (as) de libertad consejería en el momento de la consulta y cuando lo requieran para hacer valer el derecho que tienen a obtener información actualizada relacionada con su proceso de desarrollo integral. La consejería ha de contribuir a la toma de decisiones del adolescente sobre su salud.
6. El equipo de salud del nivel local propiciará espacios de reflexión a los familiares para que fortalezcan su rol socializador con afectividad y efectividad.
7. Todos los equipos de salud organizarán grupos de privados (as) de libertad para la adquisición de competencias para el autocuidado y el cuidado mutuo de la salud.

Estrategia

Desarrollo de actividades que permitan la evaluación del crecimiento y desarrollo de los y las privados (as) de libertad para la detección de factores de riesgo y protectores; estimulando sus fortalezas para favorecer su madurez personal e integración a la sociedad.

Morbilidad

Estrategia

Desarrollo de acciones o actividades de manejo y seguimiento de la morbilidad biopsicosocial más frecuente en las y los privados (as) de libertad, basándose en las normas y protocolos de salud transversalizando la perspectiva de género a todo lo largo del proceso y tomando en cuenta la diversidad por etnia, religión, discapacidad, orientación sexual, edad, cultura, filiación política y nivel económico. Todo ello vinculado a un enfoque holístico.

Rehabilitación

Estrategia

Desarrollo de un proceso permanente de participación interdisciplinaria, intersectorial, comunitaria, familiar y personal que contribuya a la rehabilitación física, psíquica y social de los/las privados (as) de libertad que facilite a este grupo la reinserción en su entorno familiar, escolar y comunitario.

Para mayor información, referirse a las “**Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes**”, del año 2006, ya que cada uno de los componentes tiene desarrolladas sus normas específicas.

Atención Integral de la Salud de los Adultos y Adultas en los Centros Penitenciarios

Introducción

El desarrollo del Programa de Salud de Adultos orientado hacia las personas privadas de libertad debe seguir los mismos criterios, normas y parámetros del Programa de Salud de Adultos que se desarrolla en los niveles locales en los Centros de Salud del MINSA. Este programa debe estar enmarcado en la atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinario de salud y, por tanto, la instalación de salud debe contar con la capacidad para ofrecer esta atención.

La atención integral no puede ser brindada por un solo profesional sino que requiere de la participación de las diferentes disciplinas que aportan, en forma coordinada, los aspectos específicos inherentes a cada una. Es por ello que el Programa de Salud de Adultos orientado hacia las personas privadas de la libertad debe estar coordinado e interrelacionado con los otros programas de salud.

El equipo multidisciplinario incluye médico, odontólogo, asistencia dental, enfermera, técnico en enfermería, educador para la salud, nutricionista, trabajador social, laboratorista, farmacéutico, personal de registros médicos y estadísticos, inspector de saneamiento ambiental, personal administrativo, inspectores de control de alimentos, psicólogo y trabajador manual. Este equipo multidisciplinario debe velar en forma permanente por la salud de los pacientes adultos privados de libertad.

El Programa de Salud de Adultos será desarrollado y ejecutado de acuerdo a las características locales, teniendo como referencia los objetivos del Programa Nacional de Salud de Adultos del MINSA.

Cada miembro del equipo de salud llevará un registro completo de las actividades de atención para contar permanentemente con cifras estadísticas de cobertura e indicadores de salud, morbilidad y mortalidad dentro de esta población específica. De igual forma es importante que exista solamente un expediente clínico con formato único para cada paciente.

Adicional a la conformación y funcionamiento de un equipo de salud que lleve a la práctica las acciones del Programa de Salud de Adultos, es necesario lograr la participación activa de la población adulta privada de libertad en cada centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia en la preservación de su propia salud.

Toda persona privada de libertad deberá ser captada en el Programa de Salud de Adultos y será referido a servicios especializados cuando sea necesario, guardando las medidas de seguridad que se ameriten en cada caso particular.

Objetivos generales

1. Mejorar el nivel de salud y calidad de vida de las personas adultas privadas de la libertad (20 años y más), promoviendo su bienestar biológico, psicológico y social, a través de la atención integral.
2. Fomentar las acciones de educación, prevención, curación y rehabilitación integral que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad en la población adulta privada de libertad.

Objetivos específicos

1. Realizar el diagnóstico y análisis de las necesidades de la población adulta privada de la libertad para orientar las acciones de acuerdo a las prioridades de salud.
2. Desarrollar programas de educación para la salud a la población adulta privada de la libertad.
3. Ampliar la cobertura de atención de la población adulta privada de la libertad, especialmente a los grupos de mayor riesgo.
4. Promover las medidas de autocuidado de la salud en la población adulta sana privada de la libertad con especial atención en los estilos de vida.
5. Detectar y conocer ampliamente los factores de riesgo a los que está expuesta la población adulta privada de la libertad, para establecer medidas preventivas efectivas.
6. Reforzar la atención en salud a la población adulta privada de la libertad sana mediante controles de salud.
7. Reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de la población adulta privada de la libertad mediante la educación, prevención, detección temprana de enfermedades y su tratamiento y rehabilitación oportunos.

Estrategias de atención

1. Promoción y prevención: Control general de salud, detección temprana de enfermedades, exámenes médicos específicos de acuerdo a los factores de riesgo.
2. Educación en salud: Factores de riesgo, educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, nutrición, prevención de accidentes, suicidios y homicidios, adicciones, higiene y aseo personal, prevención de enfermedades, autocuidado, entre otros temas.
3. Atención de la morbilidad: Atención de las patologías que ocurran en esta población adulta privada de la libertad de acuerdo con las normas de atención establecidas por el MINSA.
4. Rehabilitación: Debe responder física, psíquica y socialmente con la finalidad de devolver al paciente su capacidad productiva para que en un futuro le sirva para reinsertarse en la sociedad.
5. Participación: Es vital la participación de esta población para el logro de una mejora de su nivel de salud a lo interno(a) de las instituciones.

Normas generales

1. Todo privado(a) de libertad que requiera atención de salud, ya sea de primer ingreso, demanda espontánea o morbilidad, debe ser atendido(a) en la clínica de salud que debe existir en cada centro penitenciario o de custodia y cumplimiento, con las medidas de seguridad necesarias y debidamente escoltados (as).
2. A todo(a) privado(a) de libertad que ingrese al Centro Penitenciario se le realizarán los siguientes procedimientos:
 - a. Historia Clínica completa.
 - b. Examen físico completo.
 - c. Exámenes de laboratorio: Hemograma, urinálisis, glicemia, colesterol/triglicéridos, coprograma, VDRL, VIH (previa asesoría). Adicionalmente aplican exámenes complementarios especiales según patología sospechada, ej. TBC.
 - d. Tratamiento sintomático y causal, según patología.
 - e. Interconsulta y referencia: Se realizará la interconsulta y referencia cuando esté indicado, guardando siempre las medidas de seguridad que ameriten según el caso.
 - f. Educación en salud.

Manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los principales problemas que aquejan a la población adulta por lo que no pueden soslayarse cuando se abordan estrategias de atención a la población privada de la libertad. Dada esta situación, la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas patologías es importante.

El objetivo de implementar un programa de prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles es disminuir la incidencia de estos problemas y sus secuelas dentro de la población adulta privada de la libertad. De igual forma se siguen las pautas de atención y normas establecidas para cada una de estas patologías por el MINSA.

Dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes en el manejo del (de la) paciente adulto(a) están la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad, para las cuales existen normas y guías específicas de atención. En el caso de las personas privadas de la libertad cobran mayor relevancia la diabetes mellitus y la hipertensión.

Diabetes mellitus

Es importante la detección temprana de esta patología y controlar la glicemia para disminuir y retardar las complicaciones que ocasiona la hiperglicemia sostenida o fluctuante. Aunado a ello, es necesario lograr un control adecuado del peso y de otros factores de riesgo existentes como son la hipertensión arterial, tabaquismo y estilos de vida inadecuados.

La educación del (de la) paciente con miras a lograr un cambio de comportamiento y una participación proactiva en relación a su salud es un componente vital en todo programa preventivo de la diabetes mellitus.

Normas generales

Se investigará por diabetes a toda persona que manifieste los síntomas de la enfermedad (polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso, astenia), o que se considere de alto riesgo, a saber:

- a. Individuo con antecedentes familiares de diabetes mellitus en primer grado de consanguinidad.
- b. Obesos mayores de 40 años.
- c. Personas menores de 45 años con aterosclerosis coronaria.
- d. Gestante con antecedentes patológicos.
 - d.1) Abortos.
 - d.2) Toxemia.
 - d.3) Polihidramnios.
 - d.4) Macrosomía fetal (de 4.5 Kg. o más).
 - d.5) Mortalidad fetal perinatal (4 semanas antes o una semana después).
 - d.6) Malformaciones congénitas de los hijos
 - d.7) Obesidad durante o después del embarazo
- e. Personas con hiperlipoproteinemias comprobadas.
- f. Mujeres con vulvovaginitis recurrentes (moniliásica).

Primera consulta

A todo(a) privado(a) de libertad con sospecha de diabetes se le realizará:

- a. Evaluación clínica.
 - a.1) Exploración completa.
 - a.2) Historia clínica completa haciendo hincapié en presión arterial, examen del fondo del ojo, pulsos periféricos, examen neurológico (trastornos en la sensibilidad, reflejos, etc.), examen de los pies (pie diabético), infecciones o lesiones en la piel.
 - a.3) Peso.
 - a.4) Talla.
 - a.5) Registro del Índice de Masa Corporal.
 - a.6) Diagnóstico del estado nutricional.
 - a.7) Diámetro de cintura.
 - a.8) Solicitud de electrocardiograma.
 - a.9) Solicitud de radiografía de tórax.
- b. Pruebas de Laboratorio:
 - b.1) Solicitud de glucemia en ayunas.
 - b.2) HbA1c (hemoglobina glicosilada).
 - b.3) Solicitud de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL (perfil lipídico completo)
 - b.4) Solicitud de creatinina plasmática y nitrógeno de urea.
 - b.5) Urinálisis completo.

- b.6) A las embarazadas diabéticas se les realizará cada mes glicemia y urinálisis.
- c. Manejo interdisciplinario: Enfermería, Odontología, Salud Mental, Trabajo Social, Nutrición, Oftalmología, para de esta forma recibir una atención integral.

Referencia para evaluación de:

- c.1) Odontología.
- c.2) Salud Mental.
- c.3) Trabajo Social.
- c.4) Nutrición.
- d. Educación diabetológica.
- e. Educación de estilo de vida saludable

Segunda consulta

- a. Evaluación clínica.
 - a.1) Examen físico haciendo hincapié en presión arterial, examen del fondo del ojo, pulsos periféricos, examen neurológico (trastornos en la sensibilidad, reflejos, etc.), examen de los pies (pie diabético), infecciones o lesiones en la piel.
 - a.2) Peso.
 - a.3) Registro del Índice de Masa Corporal.
 - a.4) Diagnóstico del estado nutricional.
- b. Pruebas de laboratorio.
 - b.1) Solicitud de glucemia.
 - b.2) HbA1c (Hemoglobina glicosilada)
- c. Educación diabetológica.

Cada tres meses

- a. Evaluación clínica
 - a.1) Examen físico haciendo hincapié en presión arterial, examen del fondo del ojo, pulsos periféricos, examen neurológico (trastornos en la sensibilidad, reflejos, etc.), examen de los pies (pie diabético), infecciones o lesiones en la piel.
 - a.2) Peso.
 - a.3) Registro del Índice de Masa Corporal.
 - a.4) Diagnóstico del estado nutricional.
- b. Pruebas de Laboratorio en Ayunas:
 - b.1) Solicitud de glucemia.
 - b.2) HbA1c (hemoglobina glicosilada).
 - b.3) Solicitud de colesterol y triglicéridos.
 - b.4) Urinálisis general o proteinuria por tirilla en su defecto.
- c. Educación diabetológica y de estilo de vida saludable

Seguimiento y control de las personas con diabetes mellitus

Las personas con diabetes mellitus deberán ser atendidas para seguimiento y control por parte de las diferentes disciplinas: Enfermería, Medicina General, Nutrición, Trabajo Social, Odontología y Salud Mental. Cuadro 1

Cuadro 1 Criterios de control

Disciplina	Controles durante el primer año	Controles a partir del segundo año
Medicina General	3-4	Mínimo 3 controles
Enfermería	3-4	Mínimo 3 controles
Nutrición	3	Mínimo 2
Odontología	2	2 controles
Trabajo Social	2	Las consultas necesarias de acuerdo al problema social del (de la) paciente
Salud Mental	1	1
Especialidades (Medicina Interna, Endocrinología, Oftalmología, Nefrología)	Una consulta	A criterio médico

La frecuencia de los controles dependerá de la respuesta del (de la) paciente al tratamiento y a su evaluación. Después de 5 años se realizará el examen oftalmológico cada año. Cuadro 2

La paciente diabética embarazada requiere mediciones más frecuentes.

Cuadro 2 Exámenes de laboratorio y de gabinete

Examen	Periodicidad
Glicemia en ayunas de más de 8 horas	En cada consulta
Hemoglobina glicosilada	Cada 3 meses
Colesterol y triglicéridos	Una vez al año y según criterio médico
Creatinina y nitrógeno de urea	Una vez al año y según criterio médico
Amilasa	Una vez al año y según criterio médico
Radiografía de tórax	Una vez al año y según criterio médico
Electrocardiograma	Una vez al año y según criterio médico
Microalbuminuria	Una vez al año y según criterio médico los años siguientes.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebrovasculares y neuropatías. El riesgo de padecer alguna de estas enfermedades aumenta en forma significativa cuando la hipertensión arterial está acompañada con otros factores de riesgo como hábitos alimenticios inadecuados, vida sedentaria, tabaquismo, obesidad, consumo de alcohol, drogas, entre otros.

La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los límites considerados normales, tomada en reposo, no menos de 10 minutos de descanso, en la cual las presiones sistólica y diastólica pueden estar elevadas, ambas o solo una de ellas.

Se considera hipertensa a toda persona mayor de 18 años que presente cifras tensionales sanguíneas elevadas, a partir de 140 mmHg de presión sistólica y/o 90 mmHg de presión diastólica, en dos o tres mediciones de presión arterial bajo condiciones normales (reposo sin estrés, utilizando una técnica correcta de medición).

Normas generales

- a. Durante el examen físico general inicial del (de la) paciente debe realizarse la toma de presión arterial utilizando una técnica correcta de medición y en condición de reposo, de manera que el resultado refleje, lo más fielmente posible, el nivel basal del individuo.
- b. Se investigará por hipertensión a toda la población en riesgo, especialmente en casos de obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogas, sedentarismo, estrés, antecedentes familiares, hábitos alimenticios inadecuados, mujeres con antecedentes de toxemia, entre otros.
- c. El diagnóstico de hipertensión arterial no debe basarse en una sola medición. Debe medirse la presión arterial en, al menos, dos lecturas separadas por dos o más minutos en caso de que la primera lectura proporcione cifras de presión arterial por encima de los valores normales. Si entre las dos primeras lecturas hay más de 5 mmHg de diferencia, deben realizarse nuevas mediciones.
- d. En caso que las cifras obtenidas sean elevadas, deben confirmarse, como mínimo, en dos citas subsecuentes.
- e. Si durante la primera consulta se da el caso de que la presión arterial sistólica sea mayor o igual a 210 mmHg y/o la presión arterial diastólica sea mayor o igual a 100 mmHg, debe evaluarse y tratarse inmediatamente al paciente.

Normas específicas

- a. Una vez diagnosticada la hipertensión arterial, el estudio del (de la) paciente debe prestar atención a algunos aspectos como:
 - a.1) Antecedentes familiares de hipertensión arterial
 - a.1.1) Enfermedad cerebrovasculares.
 - a.1.2) Enfermedad coronaria.
 - a.1.3) Enfermedad renal.
 - a.1.4) Dislipidemias.
 - a.1.5) Diabetes.
 - a.2) Presencia de factores de riesgo de hipertensión arterial:
 - a.2.1) Consumo de alcohol.
 - a.2.2) Tabaquismo.
 - a.2.3) Obesidad y sobrepeso.
 - a.2.4) Ingesta de sodio.
 - a.2.5) Sedentarismo.
 - a.2.6) Estrés.
 - a.2.7) Hábitos alimenticios.
 - a.3) Inicio, evolución y tratamiento hipertensivo previo.
 - a.4) Tratamiento que está recibiendo por otros padecimientos.
 - a.5) Síntomas y signos.
 - a.5.1) Edemas.
 - a.5.4) Palpitaciones (taquicardia).
 - a.5.5) Dolor de cabeza, tipo punzada o pulsátil (cefalea).
 - a.5.6) Sangrado por nariz (epistaxis).
 - a.5.7) Visión borrosa o manchas ante los ojos (alteración de la visión).
 - a.5.8) Zumbido en los oídos (tinitus).
 - a.5.9) Mareo, Náuseas y vómitos.
 - a.5.10) Fatiga fácil o pérdida de fuerza.
 - a.5.11) Irritabilidad, insomnio, nerviosismo.
 - a.5.12) Calambres.
 - a.5.13) Convulsiones focales y/o generalizadas.
 - a.5.14) Trastornos neurológicos.
 - a.5.15) Cambios en pulsos femorales.
 - a.5.16) Soplos.
 - a.5.17) Masas palpables.
 - a.5.18) Sudoración excesiva y palidez de tegumentos.
 - a.5.19) Temblor.
 - a.6) Registro de los medicamentos que influyen en la detección de la presión arterial como son los anticonceptivos, AINES, descongestionantes, hormonas tiroideas, etc.
 - a.7) Registro del peso y talla, fondo de ojo (retinopatías), cuello (pulso, carotídeos, presión venosa y tiroides); auscultación cardiopulmonar (soplos cardíacos); abdomen (masas palpables, soplos); extremidades (pulsos periféricos, edemas).

a.8) Se prestará especial atención a las lesiones de los órganos susceptibles (retina, cerebro, corazón, riñones), a las causas secundarias de hipertensión. Para ello se determinará: déficit neurológico, aumento de la presión yugular, déficit de pulsos, aumento del tamaño de los riñones, etc.

b. Los exámenes de laboratorio y de gabinete se ordenarán de acuerdo con la importancia, la capacidad de la institución y la evolución de la enfermedad.

c. Se brindará el tratamiento no farmacológico que incluye recomendar a todos los hipertensos, independientemente del grado de severidad, cambios en los estilos de vida; lo que toma en cuenta aspectos sobre la actividad, reducción del estrés, abandono del tabaquismo y/o del alcohol, control del peso, moderación en el consumo de sodio, normalización del colesterol y triglicéridos, descanso, etc.

d. Ofrecer tratamiento farmacológico teniendo en consideración los siguientes aspectos:

d.1) Resultados de las cifras iniciales de las mediciones de la presión arterial.

d.2) Severidad de la hipertensión arterial según las cifras tensionales.

d.3) Repercusión visceral de la hipertensión arterial.

d.4) Presencia de patologías asociadas y de otros factores de riesgo vascular.

d.5) Presencia de daños a órganos blandos (ojo, riñones, corazón, etc.)

e. Debe iniciarse tratamiento farmacológico cuando transcurrido un periodo de 3 a 6 meses con el tratamiento no farmacológico, la presión arterial permanezca en cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg, particularmente en aquellos casos con repercusión visceral y/u otros factores de riesgo cardiovascular. En ningún caso se abandonarán las medidas del tratamiento no farmacológico.

f. El tratamiento farmacológico inicial debe incluir la administración de un solo fármaco. Generalmente se emplean diuréticos, administrados a las dosis más bajas recomendadas, con el fin de evitar efectos no deseados. Las dosis pueden irse incrementando a intervalos no inferiores de 14 días hasta alcanzar, si fuese necesario, la dosis máxima recomendada, siempre y cuando sea bien tolerada por el(la) paciente.

g. Si la presión arterial continúa elevada habiendo llegado a la dosis máxima recomendada, puede sustituirse el fármaco por otro hipotensor de diferente clase.

h. Deben tenerse en cuenta posibles interacciones entre fármacos antihipertensivos y otros, para evitar asociaciones peligrosas y monitorear estrechamente los niveles séricos de ciertos fármacos, cuando sea necesario.

Cuadro 3 Criterios de control

Disciplina	Controles durante el primer año	Controles a partir del segundo año	Controles a partir del tercer año
Medicina General	6	Mínimo 4	Mínimo 3
Enfermería	6	Cada 3 meses	Cada 4 meses
Nutrición	3	Cada 3 meses	Cada 4 meses
Odontología	2	2 (según riesgo)	2 (según riesgo)
Trabajo Social	2	Las consultas necesarias de acuerdo al problema social del (de la) paciente	Las consultas necesarias de acuerdo al problema social del (de la) paciente
Salud Mental	1	Mínimo 1	Mínimo 1
Especialidades (medicina interna, endocrinología, oftalmología, nefrología)	1	1	A criterio médico

La frecuencia de los controles dependerá de la respuesta del (de la) paciente al tratamiento y a su evolución. Cuadro 3

Exámenes de laboratorio y de gabinete

Los exámenes de laboratorio y de gabinete se ordenarán periódicamente de acuerdo a su importancia, recursos de la institución y evolución de la enfermedad, de la siguiente manera:
Cuadro 4

Cuadro 4 Exámenes de laboratorio y de gabinete

Primer grupo	Segundo grupo	Tercer grupo
Exámenes mínimos	Exámenes complementarios	Exámenes especializados
Objetivos: - Evaluar el estado de salud antes de iniciar el tratamiento. - Evaluar la evolución de la enfermedad	Son solicitados por el médico según la condición y evolución de la enfermedad	Son solicitados por especialista para la valoración de complicaciones y etiología de la hipertensión arterial
Incluyen: - Hemograma completo - Urinálisis - Nitrógeno de urea o creatinina - Glicemia en ayunas - Perfil lipídico - VDRL	Incluyen: - Electrolitos: sodio y potasio - Colesterol triglicéridos - Lipoproteínas de alta y baja densidad - Acido úrico o uricemia - Rayos X de tórax póstero-anterior - TSH, T3, T4 libre	Incluyen: - Pielograma intravenoso - Ecocardiograma renal - Ultrasonografía renal - Renograma con captonil - Angiografía - Tomografía axial computarizada - Catecolaminas séricas - ácido vanilmandélico en orina de 24 horas - 17 hidroxisteroides y 17 cetoesteroides en orina de 24 horas. - Renina plasmática - Otros según criterio médico

Manejo de las enfermedades transmisibles

Normas de atención para los pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA

Las normas para la atención de los pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, se encuentran incluidas en las “NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON VIH/SIDA”, de 2006.

Para la elaboración de la historia clínica de un paciente es indispensable considerar la posibilidad de que cualquier persona esté infectada con el VIH. Tomando en cuenta que la gran mayoría de los individuos infectados son asintomáticos y que es importante el diagnóstico temprano, se debe realizar una determinación del riesgo o vulnerabilidad de la persona de acuerdo con los antecedentes o datos clínicos y ofrecerle la prueba de VIH.

Normas específicas

1. Todo(a) privado(a) de libertad que esté diagnosticado con Infecciones de Transmisión Sexual y/o VIH/SIDA, deberá ser tratado inicialmente en el centro penitenciario o de cumplimiento y custodia, siguiendo los protocolos de control de infecciones.
2. Se debe ofrecer la prueba de VIH, previa asesoría a todos los(as) privados(as) de libertad.
3. Se deberá notificar de todo individuo captado VIH positivo, ya se trate de portador que no ha desarrollado la enfermedad o caso SIDA y debe reportarse en un sobre cerrado y rotulado “Confidencial”. En todo momento desde la detección de un individuo VIH positivo hasta su seguimiento, se debe tener presente un estricto respeto a los derechos del individuo y la garantía de la confidencialidad de la información proporcionada.
4. Todo(a) privado(a) de libertad asintomático o con molestias menores, podrá ser manejado por la instalación de salud del Centro.
5. Si presenta síntomas que son potencialmente graves pero no requieren hospitalización (ejemplo: esofagitis, diarrea aguda o crónica sin deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico, entre otros), deberá ser referido para manejo especializado.
6. Todo(a) privado(a) de libertad que presente síntomas de gravedad deberá ser hospitalizado.
7. Todo(a) privado(a) de libertad con infección por VIH/SIDA debe ser referido a la instalación de salud de Tratamiento Antirretroviral más cercana, para su posterior seguimiento.

8. A todo(a) privado(a) de libertad con infección por VIH/SIDA con signos o síntomas de tuberculosis, se le debe realizar la prueba de esputo por BAAR, con la correspondiente asesoría.

Normas de Atención para los pacientes con tuberculosis

Definición

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. Boris*, *M. africanum*), siendo la más importante la *M. tuberculosis* o bacilo tuberculoso. Estos bacilos son también conocidos como bacilos ácido alcohol resistente (BAAR).

Transmisión de la infección

El *M. tuberculosis* se transmite por vía aérea a través de las micro gotas de saliva que un enfermo con TB pulmonar BK+ elimina al toser, estornudar, hablar, escupir, etc. Estas gotas están constituidas por saliva y en su interior llevan un núcleo formado por detritus celulares, moco y bacilos. Cuando más positivo para BAAR sea el esputo y más importante la tos, el potencial de infectar de un enfermo será mayor.

La transmisión se da por lo general en ambientes cerrados, donde el núcleo de las gotas luego de la desecación de la saliva, puede permanecer en el aire por mucho tiempo.

Puede afectar cualquier órgano del cuerpo humano, siendo el pulmón, en más del 80% de los casos, el más frecuentemente afectado.

1. Las formas de tuberculosis en función de la localización de la enfermedad son: *Tuberculosis pulmonar* y *tuberculosis extrapulmonar*.

Objetivo general

Brindar lineamientos básicos para un control integral de la tuberculosis en privados de libertad, centrada en acciones individuales y colectivas de asistencia, promoción y prevención de acuerdo a la estrategia de tratamiento controlado directamente supervisado (TAES), aplicado a todo el sistema penitenciario.

Objetivos específicos

1. Disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis en personas privadas de libertad.
2. Disminuir la transmisión del bacilo de la tuberculosis entre los privados de libertad, el personal que trabaja en el sistema penitenciario y la comunidad en general.
3. Disminuir la incidencia y letalidad ligada a la doble infección TB/VIH.
4. Fortalecer la red de laboratorios que realizan la baciloscopía de las muestras recogidas de personas privadas de libertad.
5. Prevenir el desarrollo de TB-MDR y TB-XDR en centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
6. Aplicar el tratamiento directamente supervisado (TAES) a todos(as) los(as) enfermos(as) (as) privados (as) de libertad con diagnóstico de tuberculosis.
7. Obtener la curación bacteriológica de los(as) enfermos(as) privados de libertad que padecen de tuberculosis.
8. Mantener la gestión y suministro de medicamentos en forma adecuada.
9. Establecer un sistema eficaz de registro, monitoreo, supervisión y evaluación del programa.
10. Capacitar de forma continua al personal técnico y administrativo de salud penitenciaria sobre el tema de tuberculosis.
11. Educar a los pacientes privados de libertad, a su familia y amigos cercanos, funcionarios de los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia y población privada de libertad en general, sobre medidas preventivas para evitar el contagio o diseminación de la enfermedad.
12. Brindar estrategias específicas para el control de TB en el contexto de los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia.

Metas

1. Curar el 85% de los casos nuevos de TBC con baciloscopía positiva.
2. Detectar el 100% de los casos existentes de tuberculosis con baciloscopía positiva.
3. Disminuir la tasa de abandono de los privados de libertad a menos del 4%.

4. Educar al 100% de la población privada de libertad sobre el modo de transmisión y los métodos de control.

Definición del concepto de TAES

El TAES consiste en que el personal de enfermería o miembro del personal de salud, o grupo promotor de los Centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento, o voluntarios organizados de la comunidad, generalmente en el marco de la atención primaria de salud, observen al paciente con diagnóstico de tuberculosis mientras ingiere los medicamentos anti-tuberculosos ordenados por el médico, con el propósito de garantizar la constancia del tratamiento.

Promoción de la salud

Es entendida como el conjunto de acciones que deben dar lugar al mejoramiento de la salud de las personas privadas de libertad, a través de la unión de esfuerzos de todos los actores sociales y productivos, para mejorar la salud en los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia.

Es fundamental la participación del personal técnico y administrativo de estos centros, para promover el autocuidado y el desarrollo social, con participación activa de las organizaciones de base, instituciones públicas y privadas.

El componente de Información-Educación-Comunicación (IEC) es una estrategia de trabajo que, aplicada al control de la tuberculosis, facilita al personal de salud, a la población privada de libertad y comunidad en general: 1) Acceder a información, 2) dar a conocer sus experiencias, e 3) involucrarlos en los diversos procesos de toma de decisiones.

Las acciones de Información, Educación y Comunicación se sustentan sobre la base de cinco estrategias de intervención: la abogacía, movilización social, información pública, comunicación educativa y la orientación/consejería. Estas estrategias son desarrolladas en forma paralela y complementaria.

Prevención de la tuberculosis

La prevención es el conjunto de intervenciones realizadas por el personal de salud con la finalidad de evitar la infección por tuberculosis y, en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la propagación del Bacilo de Koch (agente infeccioso de la tuberculosis).

A. Objetivo general

Detectar y diagnosticar tempranamente los casos existentes de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva mediante examen bacteriológico del esputo del 100% de los sintomáticos respiratorios captados entre la población privada de libertad atendida en los servicios de salud intra y extramuros; brindar tratamiento controlado, y obtener la curación bacteriológica de estos enfermos.

B. Principios estratégicos

1. Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios: consultas de salud y morbilidad, contactos, privados de libertad identificados en los controles de foco y por otras circunstancias.
2. El equipo de salud realizará la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (TBP BK+).
3. Los(as) enfermos(as) con TB deben recibir el tratamiento bajo supervisión directa por personal previamente capacitado para tal fin.
4. Tanto el diagnóstico, como el seguimiento del paciente y el criterio de alta de los casos de tuberculosis pulmonar BK+, se deben realizar por medio del examen bacteriológico de esputo.
5. A todo(a) enfermo(a) con TB diagnosticada se le realizará la prueba de VIH, con previa y post consejería.
6. Administración de quimioprofilaxis de acuerdo a los protocolos de salud establecidos.
7. Tener buenos hábitos de higiene personal y en las celdas de los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia, suficiente espacio por persona, buena ventilación y con iluminación natural.
8. Alimentación adecuada y balanceada para todos los(as) privados (as) de libertad que reciban tratamiento por tuberculosis.
9. Apoyo de la crema enriquecida del MINSA a los privados(as) de libertad en TAES.

C. Quimioprofilaxis

- a. Consiste en la administración de isoniacida durante 6 meses a los contactos de pacientes con TBP (BK+) menores de 5 años (como prioridad para los programas de salud pública) y durante 12 meses a los pacientes con infección por VIH o con otro evento de inmunodepresión, sin evidencia de enfermedad tuberculosa.
- b. El fármaco utilizado es la isoniacida a dosis por día de 5 miligramos por kilogramo de peso, sin exceder de 300 miligramos en una toma diaria por vía oral, estrictamente supervisada.
- c. La indicación de la quimioprofilaxis es responsabilidad exclusiva del médico tratante. La organización y administración del medicamento, es responsabilidad de enfermería.

D. Vacunación con BCG

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Gûerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del Mycobacterium bovis.

La vacuna BCG se aplica a todo recién nacido como estrategia de intervención para evitar la mortalidad infantil, por la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, en la población menor de 5 años.

Detección y diagnóstico

-Las personas más expuestas a infectarse son todas aquellas que están en contacto directo y frecuente con una persona enferma con tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva, que no reciben tratamiento. El hacinamiento y la poca ventilación favorecen la transmisión.

-En la tuberculosis pulmonar, los síntomas más frecuentes que se pueden encontrar gradualmente en semanas y hasta en meses, son:

a) Síntomas respiratorios: Tos con flema de 15 días o más, expectoración manchada con sangre, Hemoptisis (flema con sangre roja), disnea (dificultad para respirar), dolor en el costado

b) Síntomas generales o sistémicos: Decaimiento, cansancio, pérdida de apetito, pérdida progresiva de peso, fiebre y sudoración nocturna, Irritabilidad, malestar general

-El diagnóstico se hace a través del examen bacteriológico del esputo, de una muestra pulmonar o extrapulmonar y/o radiografía de tórax. El examen bacteriológico a través de la baciloscopía y/o cultivo, se constituye en el de mayor importancia.

Para el examen de esputo:

- a. Tomar dos muestras de esputo a cada SR., siendo la primera muestra recogida al momento de la consulta (detección) y la segunda la obtendrá el enfermo al día siguiente al levantarse.
- b. Envío del esputo o del extendido al laboratorio del área de responsabilidad o según la red diagnóstica de laboratorio que corresponde.
- c. Dotación oportuna y adecuada de insumos necesarios para esa actividad.
- d. A los pacientes sintomáticos respiratorios crónicos detectados que ya tuvieron tratamiento antituberculoso previo, total o parcial; además del examen de esputo, se les practicará cultivo que ha de ser enviado al laboratorio Central o Regional, según normas de laboratorio.

Tratamiento

Debido a que el M. tuberculosis presenta mutaciones genéticas que hacen que en una misma población existan cepas resistentes a los diferentes medicamentos antituberculosos, el tratamiento de la TB debe ser multiasociado.

El tratamiento efectivo de la Tuberculosis se basa en la aplicación sistemática de un régimen de tratamiento directamente supervisado y en el seguimiento de los resultados del tratamiento, para curar al paciente, evitar que fallezca de una tuberculosis activa o sus efectos tardíos, evitar las recaídas y disminuir la transmisión a otras personas.

Los esquemas de tratamiento básicos, incluyen los siguientes cinco medicamentos antituberculosos de primera línea: isoniacida, rifampicina, estreptomina, pirazinamida y etambutol.

Combinaciones de dosis fijas Triple

Una tableta, corresponde a Rifampicina + Isoniacida + Pirazinamida (Combinación A)

Combinaciones de dosis fijas Doble:

Una tableta, corresponde a Rifampicina + Isoniacida (Combinación B)

Esquema de Tratamiento

Casos nuevos

-Fase inicial o intensiva, dosis diaria, dos meses de duración, cuatro medicamentos:

Combinación A + Etambutol

-Fase de continuación, dosis trisemanal por un período de duración de cuatro meses y dos medicamentos: Rifampicina + Isoniacida (Combinación B).

Casos de retratamientos o vueltos a tratar

-Fase inicial o intensiva, dosis diaria, tres meses de duración. Primeros dos meses con Combinación A + Etambutol + Estreptomina. Tercer mes con Combinación A + Etambutol.

-Fase de continuación, dosis trisemanal por un período de duración de cinco meses y tres medicamentos: Combinación B + Etambutol.

Sistema de Información y monitoreo

Los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia, llevarán el mismo sistema de información y monitoreo que los establecimientos de salud, principalmente: tarjeta de registro y control de TB, libro de registro y seguimiento de pacientes con TB, libro de laboratorio: registro y seguimiento de pacientes con TB pulmonar, registro de farmacia, hoja de referencia/transferencia, formulario de notificación e investigación de problemas de salud pública epidemiológica, solicitud para investigación mico bacteriológica. (Anexos 4 a 14)

Salud sexual y reproductiva

El propósito de esta sección es contribuir a elevar el nivel de salud biopsicosocial de la población femenina privada de libertad, mediante acciones de promoción, prevención atención y recuperación de la salud, que lleven al desarrollo integral de la mujer privada de libertad.

Objetivos generales

1. Extender las coberturas y mejorar la calidad de la atención de la mujer privada de libertad.
2. Promover la capacitación y actualización científico-técnica continua del recurso humano responsable de la atención gineco-obstétrica de las privadas de libertad.

Objetivos específicos

1. Brindar atención integral, temprana, periódica, completa y oportuna de la mujer y la embarazada privadas de libertad.
2. Promover el buen estado nutricional de la embarazada privada de libertad.
3. Ofrecer atención especial a las embarazadas de alto riesgo y muy alto riesgo obstétrico y perinatal.
4. Mejorar la calidad de la atención del puerperio inmediato y ampliar las coberturas del puerperio tardío.
5. Asegurar el apego inmediato del recién nacido al pecho materno y promover el alojamiento conjunto.
6. Promover las acciones de capacitación y educación dirigidas a mantener e incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.
7. Asegurar el desarrollo programado de actividades de educación continua al recurso humano responsable de la atención de la mujer y las embarazadas privadas de libertad.

Normas generales

Atención del embarazo, parto y puerperio

1. Todo el personal de salud capacitado, médico o de enfermería, deberá cumplir y hacer cumplir las normas establecidas y reforzar la capacitación del equipo de salud materno-perinatal.
2. Se asegurará la identificación del alto riesgo obstétrico y perinatal y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.
3. Se realizarán acciones de educación y orientación de la embarazada privada de libertad, haciendo hincapié en los cuidados del embarazo y la lactancia materna exclusiva.
4. Se aplicarán las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones a toda privada de libertad en edad fértil.
5. Todas las gestantes en control deberán tener al menos una evaluación ultrasonográfica, aun las de bajo riesgo.
6. La embarazada de alto y muy alto riesgo debe ser evaluada, al menos una vez, por un ginecólogo obstetra. De ser necesario, debe ser referida a la instalación de salud de alto riesgo obstetricio en el Hospital Santo Tomás u otro hospital con la facilidad de dicha clínica.

7. Se deberá aconsejar a las embarazadas que de observar síntomas o signos inusuales han de reportarse a la instalación de salud inmediatamente. Estos signos o síntomas pueden ser:
 - a. Sangrado vaginal en cualquier etapa del embarazo.
 - b. Contracciones uterinas no fisiológicas antes de término.
 - c. Pérdida de líquido amniótico en paciente que no está en labor.
 - d. Aumento rápido de peso de dos o más libras por semana.
 - e. Dolor de cabeza frontal o sobre los ojos.
 - f. Trastornos de la visión (visión doble, borrosa, manchas).
 - g. Edema, particularmente en manos y cara.
 - h. Dolor epigástrico, especialmente asociado a vómitos en el tercer trimestre.
 - i. Disminución o ausencia de movimientos fetales, sobre todo en embarazo a término.
8. A toda embarazada que acuda a su primer control después de las 28 semanas, se le completará su evaluación clínica y de laboratorio en un periodo no mayor de 8 días, y los controles subsiguientes se harán de acuerdo a riesgo definido.
9. Pasadas las 41 semanas de gestación, si no ha ocurrido el parto, la embarazada deberá ser referida por médico tratante, por medio de referencia, al hospital o a un centro especializado (clínica de alto riesgo) para su evaluación. Si la paciente regresa al médico tratante, debe enviársela con la correspondiente contra-referencia y especificar el manejo subsiguiente.
10. Los controles de la embarazo se distribuirán entre el personal más capacitado disponible de la siguiente manera: Cuadro 5

Cuadro 5 Controles de la Embaraza

No. de controles	Edad gestacional	Recurso de preferencia
Primer control	Menos de 12 semanas	Personal más capacitado disponible
Segundo control	16 semanas	Personal más capacitado disponible
Tercer control	22 semanas	Personal más capacitado disponible
Cuarto control	28 semanas	Personal más capacitado disponible
Quinto control	32 semanas	Personal más capacitado disponible
Sexto control	35-37 semanas	Personal más capacitado disponible
Séptimo control	38-40 semanas	Personal más capacitado disponible

Para las actividades del primer control prenatal y los subsiguientes deberá referirse a las Normas Técnico-administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer.

Atención integral de la mujer

1. Toda vez que se atiende una mujer, se deberán realizar acciones preventivas integrales, incluyendo la toma de papanicolau, examen de mamas, estado de inmunización, así como necesidades de atención en aspectos del área psicosocial.
2. Todo caso de patología ginecológica como infecciones, tumores benignos o malignos, ginecología infanto-juvenil, ginecología geriátrica, deberá ser referido al gineco-obstetra.
3. El manejo de las infecciones de transmisión sexual debe ser conocido y aplicado tanto por el especialista como por el médico general y el personal de enfermería.
4. Se llevará registro estadístico de las patologías ginecológicas.
5. Se promoverá la capacitación del personal de atención en aspectos generales y específicos.
6. La toma de papanicolau es parte esencial de la rutina de atención. Se hará como mínimo una vez al año, según riesgo.
7. Toda paciente cuyo resultado de PAP reporte PAP inflamatorio a repetición, infección por el virus del papiloma humano (IVPH), neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesión intraepitelial de bajo grado o de alto grado (LIE-BG, LIE-AG) y cáncer cervicouterino, será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia.
8. En todo examen físico realizado a una mujer se realizará el examen de las mamas y la orientación a la paciente sobre el autoexamen de las mamas.
9. Toda paciente a quien se le sospeche o detecte una patología mamaria será referida a consulta especializada.
10. Se cumplirá con las indicaciones sobre el manejo del cáncer mamario contenidas en las Normas de Tratamiento del Instituto Oncológico Nacional.
11. Se aplicarán las "NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON VIH/SIDA", de 2006.

12. A toda paciente que consulte por una ITS se le dará orientación y se le ofrecerá la prueba de VIH

Componente 2: Enfermería

Introducción

La administración de los cuidados de enfermería estará a cargo de la profesional de enfermería (enfermera-o). Según lo define la Reglamentación del Ejercicio de Enfermería, Capítulo 1, Art. 6, “Es una profesión dinámica que se caracteriza por realizar acciones que contribuyan a lograr niveles óptimos de salud, mediante la prestación de servicios para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Independientemente y/o en coordinación con otras disciplinas y con participación de otros miembros de la comunidad provee una función esencial en la atención de las necesidades básicas del hombre, que en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo requiere el individuo, familia y comunidad. Ejecuta sus acciones básicas y especializadas, en las áreas funcionales de atención, administración, docencia e investigación. Es ejercida por enfermeras quienes delegan actividades de enfermería de menor complejidad al personal bajo su supervisión”.

Es preciso realizar las funciones de enfermería basadas en la descripción de cargos y en las normas existentes.

Es de vital importancia la dotación del recurso humano de enfermería suficiente y calificada de acuerdo a la demanda y al comportamiento del perfil epidemiológico de la población privada de libertad, para el logro de los objetivos en el sistema penitenciario y de cumplimiento y custodia.

Ubicación y dependencia jerárquica

La Atención de Enfermería en Salud Penitenciaria está ubicada en cada Región de Salud, en el Departamento de Enfermería. Depende técnica y administrativamente de la Jefatura Regional de Enfermería.

Objetivo

Participar con el equipo multidisciplinario de salud penitenciaria en la programación, ejecución y evaluación de las actividades dirigidas a los privados de libertad, en las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

Funciones

La atención de enfermería permite el control indispensable para alcanzar las metas y coberturas en el Servicio de Salud.

La enfermera se desempeña en las áreas de administración, atención, docencia e investigación de enfermería.

Administración:

1. Planificar las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación que han de desarrollarse anualmente.
2. Coordinar, con el equipo de salud multidisciplinario, las acciones que han de desarrollarse con los privados de libertad.
3. Coordinar la consecución, utilización y entrega de los insumos y equipos necesarios para la atención de los privados de libertad, y elaborar los respectivos informes.
4. Planificar y coordinar la consecución y desarrollo integral de recurso humano de enfermería de acuerdo con la demanda de la población privada de libertad y con el perfil epidemiológico.
5. Organizar el servicio y la unidad asignada a Enfermería, tomando en consideración los programas, normas y procedimientos de atención en salud.
6. Supervisar y evaluar el cumplimiento de las funciones de enfermería en los programas de salud que se brindan a la población privada de libertad.

Atención:

1. Identificar las acciones de promoción, prevención y atención de acuerdo a la necesidad de salud del privado de libertad
2. Desarrollar acciones conjuntas para la rehabilitación de los privados de libertad para lograr su reinserción en la familia y en la sociedad.
3. Promover acciones para que los privados de libertad se incorporen en forma productiva a su comunidad involucrando al sector estatal y privado.

4. Promover la participación de los familiares y personas responsables de la atención de los privados de libertad.
5. Promover acciones que tiendan a la prevención de enfermedades.
6. Fomentar la unidad familiar.

Docencia:

1. Desarrollar programas sanitarios de capacitación dirigidos a los privados de libertad y al personal de salud tanto del sistema penitenciario como de cumplimiento y custodia.
2. Programar educación continua dirigida al recurso humano de enfermería del sistema penitenciario y de cumplimiento y custodia.

Investigación:

1. Promover la investigación aplicada en el campo de la salud penitenciaria.
2. Realizar diagnóstico de la situación de salud de los privados de libertad en cada unidad ejecutora, anualmente.
3. Realizar evaluaciones de proceso con base en resultados.

Componente 3: Salud Bucal**Introducción**

Las disposiciones sobre Salud Bucal se encuentran inmersas en el documento de Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal para el I nivel de atención, del MINSA y la Caja de Seguro Social (CSS), de 2004.

Este documento se expresa en un orden lógico, ubicándose en los diferentes niveles de atención, unificando criterios en la aplicación de métodos y técnicas en salud bucal, con base en los principios de prevención a través de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación del daño.

No obstante, si bien es cierto el manual de normas de salud bucal es una guía para la atención de la Salud Bucal en general para la República de Panamá, en el caso específico de las personas privadas de libertad, dichas normas y protocolos se realizarán con base en la capacidad instalada de cada clínica en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.

Normas específicas

1. El personal de salud bucal deberá brindar los servicios odontológicos con calidad técnica, sensibilidad humana y de forma integral, a todo(a) privado(a) de libertad, incluyendo los de salud mental y discapacitados.
2. Se realizarán los tratamientos básicos según enfermedad por tratar, como lo son la caries dental, enfermedad periodontal y manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas, terapéuticas, según factores de riesgo, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. El odontólogo realizará un examen diagnóstico completo al privado(a) de libertad, llenando adecuadamente el expediente clínico de Salud Bucal
3. El privado (a) de libertad, previo al ingreso a la instalación de salud de Salud Bucal, deberá haber sido evaluado por Medicina General, (salvo que sea una urgencia dental), para un mejor diagnóstico integral del (de la) paciente.
4. El personal de salud bucal deberá responsabilizarse por la realización de un correcto diagnóstico y plan de tratamiento para el (la) paciente.
5. El personal de salud bucal podrá distribuir el tiempo contratado en actividades administrativas, de prevención y promoción en la instalación de salud, siempre que se den las condiciones para hacerlo.
6. Se deberá cumplir con las normas de bioseguridad existentes, sin excepción alguna.
7. La relación odontólogo–asistente dental deberá ser de 1:1 (un (una) asistente por odontólogo).
8. El personal de salud bucal deberá enviar los informes administrativos semanalmente a la Región de Salud correspondiente.
9. El personal de salud bucal deberá utilizar y optimizar adecuadamente los equipos e insumos existentes atendiendo las especificaciones del fabricante.
10. Vigente del MINSA (“Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos en Salud Bucal”).

Normas para la atención de la caries dental

1. Se restaurará la salud del órgano dental a la población demandante.
2. La caries dental deberá ser tratada basados en el fundamento de que es una enfermedad infecciosa. Los profesionales deben estar capacitados para clasificar y efectuar procedimientos no invasivos e invasivos.
3. Las preparaciones cavitarias deben realizarse basadas en los nuevos principios biomecánicos.
4. Será reforzada enseñanza de Técnica de Cepillado.
5. Dependiendo de la capacidad instalada, se realizarán las restauraciones y tratamientos hasta lograr la restauración total del órgano dental.
6. Se realizarán las extracciones dentales según los protocolos establecidos por el MINSA.

Normas para la atención de la enfermedad periodontal

1. El odontólogo debe reconocer la salud periodontal y sus variables, como también sus alteraciones y clasificaciones, efectuando un diagnóstico correcto, precoz y realizando el plan de tratamiento según el nivel de atención en que labora.
2. Debe efectuar acciones clínicas que restablezcan la salud periodontal y promover su mantenimiento, evitando así la reincidencia de las enfermedades periodontales agudas.
3. Recomendará al paciente realizar su profilaxis dental como mínimo 2 veces al año y con mayor frecuencia en aquellos casos en que así lo considere.
4. Realizará la profilaxis dental y los tratamientos de raspado y alisado según capacidad instalada.

Urgencias odontológicas

1. Todo caso considerado de urgencia odontológica será atendido utilizando razonablemente la infraestructura que se tiene a disposición, de tal manera que se pueda resolver la complejidad de la urgencia. De no ser posible, habrá de ser referido al nivel de atención correspondiente.
2. Prescribir medicamentos de acuerdo a los tratamientos de dolor, infección, inflamación, ansiedad, alergias y hemorragias, siguiendo la Ley de Medicamentos vigente.

Normas de atención para pacientes con enfermedades sistémicas relevantes

Los propósitos de esta normativa específica son:

1. Reconocer y manejar oportuna y adecuadamente las manifestaciones o expresiones bucales de las enfermedades sistémicas prevalentes, así como las principales alteraciones de los tejidos bucales blandos.
2. Aplicar medidas preventivas, técnicas diagnósticas y procedimientos concernientes al manejo de las patologías prevalentes.

Manejo de pacientes con diabetes mellitus: (Cuadro 6)

Es importante el control en estos pacientes, porque son muy susceptibles a la caries dental y a la enfermedad periodontal. Para ello, se observará lo siguiente:

1. Reforzamiento de enseñanza de técnica de cepillado dental.
2. Examen bucal que incluya los valores de glucemia antes de realizar cualquier tratamiento.
3. Remoción de todos los focos de infecciones mediante las técnicas convencionales de atención en salud bucal.
4. Controles periódicos, según riesgo.

Manejo de pacientes con VIH/SIDA

1. No existe contraindicación en el tratamiento dental de pacientes VIH positivos.
2. Se realizarán los tratamientos convencionales según capacidad instalada.
3. Se deberá cumplir con los protocolos de control de infecciones.
4. El plan de tratamiento debe ser flexible.
5. El tratamiento periodontal debe estar enfocado en mantener saludables los tejidos de soporte. La utilización de instrumentos punzocortantes debe hacerse con extremo cuidado.
6. Se hará evaluación de la historia de sangrado (plaquetas y otros) antes de realizar procedimientos invasivos.

7. La necesidad de terapia con antibióticos pre y posquirúrgica será evaluada en cada caso. Si un paciente está experimentando un período de neutropenia menos de 4000 células/mm³ debe recibir antibiótico-terapia.
8. Las extracciones u otros tratamientos quirúrgicos deben hacerse en forma similar que los VIH negativos, minimizando el sangrado y la incorporación de elementos patógenos en los tejidos profundos.
9. Se aplicarán las normas de bioseguridad para el control de infecciones. En caso de herida punzocortante, habrán de tomarse las medidas de emergencia necesarias.

Cuadro 6 Patologías intrínsecas de la cavidad bucal

Cáncer bucal	Parestesia Úlcera que no cicatriza Lesión roja o blanca persistente Una lesión que sangra fácilmente Dificultad para masticar o tragar Dificultad para mover la lengua o mandíbula
Diabetes	Abscesos periodontales Xerostomía Candidiasis y aftas Periodontitis fulminante Mayor susceptibilidad a padecimientos mucosos y periodontales
VIH/SIDA	Infecciones micóticas (Candidiasis) Eritema gingival Periodontitis ulcerativa Aftas Leucoplasia Sarcoma de Kaposi

Cuadro 7 **Manifestaciones orales**

Tipo de etiología	Agente causal	Manifestación oral
Infecciones micóticas	Cándida albicans	Candidiasis, aftas bucales
Infecciones virales	Herpes simplex	Gingivostomatitis con lesiones vesiculares en oro faringe
	Citomegalovirus	No hay manifestaciones clínicas, pero se trasmite por la saliva
	Herpes labial	Vesículas claras sobre base eritematosa con costras que cicatrizan en pocos días
	Virus Epstein-Barr	Mononucleosis Dolor e inflamación de la garganta (faringoamigdalitis exudativa)
	Varicela Herpes Zoster ○ Varicela ○ Herpes Zoster	Vesículas en la mucosa Parestesia
	Virus Papiloma Humano	Verruga vulgar Condiloma acuminado Hiperplasia epitelial focal
Infecciones bacterianas	○ Mycobacterium avium intracellulare ○ Klebsiella ○ Enterobacterium cloacae ○ Escherichia coli ○ Otras emergentes y reemergentes	Gingivitis, gingivitis necrotizante y periodontitis
Neoplasia, tumores benignos, quistes y otros		Sarcoma de Kaposi Carcinoma de células escamosas Fibromas Mucocelos
Disturbios neurológicos		Neuropatía trigeminal Parálisis facial
Otras condiciones	Congénitas Úlceras aftosas recurrentes Xerostomía Retraso de cicatrización Manchas melanóticas	Frenillo labial, otras malformaciones

Dependiendo de la capacidad instalada, los pacientes con alguna de estas manifestaciones orales serán tratados inicialmente en la instalación de salud y referidos, para su tratamiento y control, al nivel de atención de competencia. (Cuadro 7)

Atención de pacientes con hipertensión arterial y otras cardiopatías

1. No existe contraindicación para la atención de estos pacientes.
2. Se realizará el examen completo que incluye la evaluación arterial del (de la) paciente.
3. Se deberán realizar todas las actividades curativas, según la capacidad instalada.
4. Las patologías más severas deben manejarse en el segundo y tercer nivel donde se puedan dar respuestas a las complicaciones.

Atención de pacientes con tuberculosis

1. Todo paciente con TB activa debe tratarse solo en casos de extrema urgencia para aliviar el dolor.
2. Los pacientes con TB diagnosticada y bajo tratamiento, cuyos síntomas hubieren desaparecido, pueden ser tratados en la consulta, siempre y cuando hayan sido sometidos, durante un mes como mínimo, a una terapia farmacológica con resultados de baciloscopía.
3. Los pacientes que hayan abandonado el tratamiento o cuyo esquema farmacológico seguido no fuere adecuado, deberán ser considerados como infecciosos y ser remitidos al médico. Ante sospecha de reactivación de la infección, la remisión al médico es prioritaria.
4. Los pacientes sospechosos de TB, mientras se mantengan asintomáticos y bajo régimen farmacológico, podrán recibir cualquier tipo de tratamiento dental.

5. Los pacientes que fueron dados de alta por el médico pueden ser tratados como pacientes sanos, evitando en lo posible la prescripción de medicamentos inmunosupresores, como los antiinflamatorios esteroides, que pudieran reactivar la infección.
6. Pacientes con TB extrapulmonar no se consideran infecciosos y pueden recibir cualquier tratamiento oral, siempre y cuando hayan iniciado un esquema farmacológico adecuado, con excepción de los que sufren TB oral o lesiones que drenen la piel o mucosa, los cuales sí serán considerados como infecciosos.
7. Cuando no se pueda cumplir con los protocolos de infecciones, debido a la capacidad instalada, deberán ser referidos a tratamiento.
8. El manejo odontológico de pacientes con trastornos de coagulación y otras patologías de riesgo debe ser realizado en el segundo o tercer nivel de atención.

Para la realización de otras actividades y protocolos, el personal de Salud Bucal de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, podrá remitirse al **Manual de Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal**, para el 1er Nivel de Atención, del MINSA y CSS.

Recursos Necesarios para el funcionamiento del Consultorio de Salud Bucal

Recursos Humanos

1. Odontólogo(a) General

Tendrá a su cargo el manejo del consultorio de salud bucal y deberá asimismo realizar las actividades descritas en las presentes normas. En los consultorios donde se encuentren más de un (una) odontólogo(a) trabajando, se asignará un jefe de clínica, quien tendrá además la responsabilidad del manejo administrativo del consultorio, según las normas vigentes del MINSA.

2. Asistente Dental

Todo consultorio de salud bucal deberá tener al menos un (una) asistente dental idóneo(a), para ejercer las funciones de apoyo al odontólogo en la atención de los pacientes. Tales funciones serían:

- a. Ejecutar actividades y tareas administrativas en apoyo al consultorio.
- b. Elaborar y llevar el archivo en el consultorio odontológico.
- c. Manejar el libro de citas.
- d. Manejar la agenda diaria de pacientes.
- e. Solicitar y controlar los insumos del consultorio.
- f. Realizar mantenimiento preventivo del equipo.
- g. Esterilizar y desinfectar el equipo y área de trabajo.
- h. Manejar las normas de control de infecciones vigentes (Bioseguridad).
- i. Otras que le asigne el odontólogo (a).

Recursos físicos

1. Área de trabajo directamente sobre el paciente

- a. Sillón dental, que incluye banquillo para operador y asistente y lámpara de luz.
- b. Pieza alta y baja velocidad.
- c. Jeringa trifuncional.
- d. Sistema de succión (por agua o aire).
- e. Cavitron y puntas.
- f. Amalgamador.
- g. Lámpara de resina de luz.
- h. Instrumental básico de trabajo.
- i. Mueble accesorio para el equipo e instrumental.

2. Área administrativa

Esta área debe estar separada del consultorio como tal. Contará con:

- a. Escritorio para el llenado del expediente odontológico, con silla para paciente y odontólogo(a).
- b. Archivador para la custodia de los expedientes.
- c. Anaquele con puertas y cerradura con llave para inventario de insumos e instrumental. El compresor dental se ubicará fuera del consultorio, preferiblemente a una distancia no muy larga y dentro de una caseta con seguridad para evitar sus posibles alteraciones.

Componente 4: Área Psicosocial

Salud Mental, Psicología, Trabajo Social

Aspectos psicosociales

Datos epidemiológicos europeos disponibles respecto al estado de salud mental de la población privada de libertad, informan de la existencia de tasas de prevalencia de trastorno mental muy superiores a las habitualmente encontradas en la población general.

Esta mayor prevalencia incluye también la presencia de trastornos mentales severos en una proporción significativamente superior a la existente en el ámbito comunitario.

Los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia generan problemas de desidentificación personal, así como estados de privación emocional y sexual. Por estas y otras razones, la situación anormalizadora de privación de la libertad constituye en sí misma una agresión a la salud mental del individuo, que afecta incluso a su familia y a aquellos que tienen que convivir con los interno(a)s en esta situación de “sociedad artificial”. En este sentido, en España se ha acuñado el siguiente nombre técnico para designar el padecimiento de los privados de libertad que sufren esta situación: “enfermedad mental sobrevenida”. Se incluye en este bolsón sintomático una amplia gama de signos, síntomas y trastornos que afectan a los(as) privados(as) de libertad. En este país, alrededor del 5% de los presos padece psicosis, el 10% depresión mayor y el 80% pide tranquilizantes”. Ante la falta de estudios de prevalencia panameños, estas cifras nos pueden servir de referentes sobre la magnitud del problema de salud mental en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.

La rehabilitación y reinserción de los interno(a)s no puede seguir ausente en las políticas públicas de seguridad ciudadana. Por eso, el Plan Nacional de Salud Mental reconoce la importancia del tema de los(as) privados(as) de libertad y lo incluye como uno de sus temas especiales. En este orden de ideas, el objetivo deberá ser, a un largo plazo, generar una oferta de programas al interior de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia que permitan al interno(a) capacitarse laboralmente, nivelar estudios, tratar sus problemas de adicción y salud mental. Pero este proceso no es solo responsabilidad del Sector Salud, sino de toda la sociedad. El Sector Salud, desde su ámbito de acción, deberá:

1. Brindar asesoría técnica para el uso de las herramientas de la salud mental en pro de la mejora de los ambientes de estas instituciones.
2. Contribuir en el diseño de programas y proyectos de enlace con las instituciones proveedoras de servicios de salud pública (MINSA/CSS) y la capacitación permanente al personal que labora en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia para evitar el desgaste profesional y mejorar la calidad de atención a los(as) privados(as) de libertad.

Objetivo general

Elevar el nivel de salud mental de la población de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, promoviendo la atención integral en los tres niveles de prevención.

Objetivos específicos

1. Detectar en forma temprana los trastornos mentales y brindar tratamiento adecuado.
2. Mejorar la calidad del tratamiento de la población privada de libertad que solicita ayuda para resolver su problema de trastornos asociados al uso de drogas.
3. Rehabilitar pacientes con enfermedades mentales para lograr un mejor ajuste social.
4. Contribuir a la formación en salud mental del personal técnico que labora en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.
5. Promover investigaciones en el campo de la salud mental en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.

Normas generales

1. Las acciones de salud mental que se realicen en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia deben responder a las Normas de Ejecución del Programa de Salud Mental (revisión 1996) MINSA/CSS, del ámbito local.
2. El equipo básico de salud mental lo integran el médico psiquiatra, la enfermera de Salud Mental, psicólogo clínico, trabajadora social y terapeuta ocupacional. Por lo tanto, para el cumplimiento óptimo de estas normas se requiere de la representación de estas disciplinas.

3. Las atenciones que se brinden en el campo de la atención a la salud mental deberán responder a los protocolos de atención que para tal fin diseñen las instituciones del MINSA.
4. El médico general realizará la evaluación inicial de la salud mental de las personas privadas de libertad como parte de la evaluación integral de estas. De existir una alteración mental, deberá brindar la atención inicial pertinente.
5. En caso de que el médico general detecte una probable afección de la salud mental de un privado de libertad que supere su capacidad de resolución, deberá referirlo para la atención por parte del miembro del equipo de salud mental que esté disponible (enfermera, trabajador social, psicólogo, psiquiatra).
6. Se procurará realizar una evaluación en equipo de aquellos pacientes con trastornos mentales, para un abordaje integral e interdisciplinario.
7. Toda hospitalización por un trastorno mental deberá realizarse en una instalación de salud, a menos que dentro de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia existan áreas de hospitalización que no sean violatorias de los derechos del (de la) enfermo(a) mental.
8. Los diagnósticos psiquiátricos que afecten a la situación penitenciaria de los(as) privados(as) de libertad deberán realizarse por un equipo técnico, integrado por un especialista en psiquiatría, un médico del establecimiento, acompañándose en todo caso informe del equipo de observación o de tratamiento.
9. Se recomienda que los pacientes mentales cuyo estado lo permita permanezcan un mínimo de 12 horas al día fuera de sus habitaciones y que participen en actividades programadas durante 6 o más horas.

Funciones del Equipo de Salud Mental

Todos y cada uno de los miembros del equipo que realiza trabajo en el campo de la salud mental, tienen funciones generales y específicas con base en objetivos generales y áreas de trabajo básicas del Programa Nacional de Salud Mental. En este documento especificamos solo las referentes al ámbito penitenciario, sin que esto anule que se procure el cumplimiento de las funciones contenidas en el Programa Nacional de Salud Mental.

Funciones generales del Equipo de Salud Mental en el ámbito penitenciario

1. Coordinación

- a. Integrar el equipo multidisciplinario participando en el desarrollo del Programa de Control de Tuberculosis y del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA, con la finalidad de realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, según su especialidad.
- b. Coordinar con otras áreas con el fin de hacer un trabajo integral e interdisciplinario.
- c. Coordinar con instituciones públicas y/o privadas con el propósito de complementar las acciones de tratamiento psicológico realizadas a favor de los(as) privados(as) de libertad.

2. Intervención

- a) Realizar tratamiento a los(as) privados(as) de libertad a través de acciones de tipo individual, grupal y/o familiar.
- b) Diseñar y ejecutar programas para la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los actores en el medio penitenciario, tanto a nivel individual como colectivo, incluyendo ejercicios básicos, con la finalidad de canalizar los niveles de impulsividad y agresividad, estrés, ansiedad y otros generados como producto del encierro.
- c) Incluir en la intervención todos aquellos elementos que puedan influir positivamente en la evolución del (de la) paciente (familia, entorno social, laboral).

3. Rehabilitación

- a. Aplicar técnicas de corte cognitivo-conductual.-
- b. Desarrollar actividades complementarias al tratamiento tales como: Talleres, videoforo, escuela para padres, dinámicas grupales, otros.
- c. Motivar a la población privada de libertad en general, propiciando su participación en actividades como: concursos sobre arreglo de su habitación, poesía, dibujo, entre otros.

4. Formación y educación

- a. Capacitar al personal de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia en contenidos y técnicas psicológicos útiles en su trabajo.

5. Investigación

- a. Estudiar e investigar la problemática de Salud Mental en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.

Funciones del psiquiatra en la atención individual en un centro penitenciario y de cumplimiento y custodia

1. Función evaluadora

- a. Detectar patología mental.
- b. Valorar influencia del trastorno mental en la conducta del (de la) interno(a).
- c. Valorar riesgos en privados de libertad identificados y, en su caso, indicar las medidas oportunas.
- d. Valorar capacidades y déficits de la persona con enfermedad mental ya detectada.
- e. Definir un plan de tratamiento en función de las necesidades detectadas y el recurso más adecuado para cumplir con dicho plan.

2. Función de intervención

- a. Tratar adecuadamente las enfermedades mentales identificadas.
- b. Evitar la psiquiatrización de comportamientos relacionado con la vida penitenciaria (de convivencia, regimentales, de relaciones interpersonales...).

Funciones de Psicología

3. Evaluación y diagnóstico

- a. Entrevistar y evaluar a los(as) privados(as) de libertad desde que ingresan al establecimiento penitenciario, abriendo su expediente psicológico y realizando el seguimiento respectivo según las acciones realizadas a su favor.
- b. Aplicar pruebas psicológicas para corroborar su impresión diagnóstica inicial.

4. Intervención

- a. Realizar intervención psicológica a los hijos de las internas, menores de tres años, que se encuentren en la cuna del establecimiento penitenciario, con la finalidad de brindar estimulación temprana en las áreas psicomotriz, social, emocional, intelectual, lo cual favorecerá a un armonioso desarrollo de su personalidad.

Trabajo Social

Introducción

Como se ha mencionado anteriormente, la población privada de libertad tiene muchos factores que afectan directamente la salud física, emocional, mental y social, por lo que se requiere que un equipo multidisciplinario le brinde una atención integral de salud. Dentro de estos equipos, el desempeño del profesional de Trabajo Social está orientado al logro de la resolución de problemas en las relaciones humanas que promueva la resocialización del privado de libertad y la prevención, hasta donde sea posible, del delito; mediante el uso de la metodología de intervención profesional a nivel del individuo, familia y de grupo.

Las condiciones de estar privado(a) de libertad, lejos de sus familiares, de carecer de una mínima privacidad y el hacinamiento constante, entre otros, producen un impacto psicosocial en las personas y en su familia, y además propician el aumento de diversas enfermedades que ponen en riesgo la salud de este grupo de población. Todas estas condicionantes traen como consecuencia la modificación de la dinámica familiar, lo que, entre otras cosas, constituye los campos primordiales de intervención de los y las trabajadores(as) sociales. (Anexo 15: Perfil del (la) Trabajador(a) Social).

El énfasis de los y las trabajadores(as) sociales frente a esta problemática planteada debe orientarse hacia la atención e investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como al tratamiento social de los problemas psicosociales que se producen.

Objetivo general

Contribuir al mejoramiento de la salud socio-familiar de la población privada de libertad.

Objetivos específicos

1. Fortalecer el vínculo familiar del (de la) privado(a) de libertad a través de métodos de intervención individual, de grupo y/o familiar.
2. Desarrollar programas con los(as) privados(as) de libertad donde se propicie el desarrollo de una cultura de paz y actitudes positivas en el (la) interno(a), enmarcada en los principios de los Derechos Humanos.
3. Desarrollar programas con los(as) privados(as) de libertad y sus familiares dirigidos a potenciar sus capacidades asertivas en el manejo socio-familiar.
4. Fomentar el desarrollo de la capacitación en los aspectos socio-familiares del (de la) privado(a) de libertad.
5. Aportar al equipo de salud información sobre incidencias de los factores sociales que interfieren en el proceso salud-enfermedad.
6. Desarrollar, con el equipo de salud, acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación para mejorar la salud biopsicosocial del (de la) privado(a) de libertad.
7. Referir los casos que lo ameriten a la disciplina correspondiente
8. Elaborar informes sociales a los privados(as) de libertad que por su condición de salud lo requieran.
9. Brindar atención social a los casos que son referidos.
10. Promover estrategias de intervención grupal que permitan la resocialización de las personas privadas de libertad.
11. Movilizar los recursos intra y extrainstitucionales para brindar atención a las situaciones y/o problemas socio-familiares que se presenten.

Normas generales

1. Se le hará informe social a todo(a) privado(a) o privada de libertad que ingrese al centro penitenciario o de custodia y cumplimiento.
2. A todo(a) privado(a) de libertad que va ser repatriado, se le confeccionará un informe social.
3. Las referencias de los casos a Trabajo Social deberán ser enviadas a través de formularios o notas que describan el motivo de la referencia.
4. Se realizará visita domiciliaria a los casos que lo requieran.
5. El seguimiento de los casos sociales atendidos se establecerá a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia.
6. Para la atención del privado de libertad, el Trabajador Social requerirá un mínimo de 45 minutos. Este tiempo puede variar dependiendo de las situaciones que se presenten.
7. Se aportará, al equipo de salud, información sobre incidencias de los factores sociales que interfieren en el proceso salud-enfermedad.
8. Toda atención que brinde el trabajador social al privado de libertad deberá anotarse en el expediente clínico correspondiente.

Componente 5: Nutrición

Introducción

La normativa adoptada en este componente busca promover un buen estado nutricional de la población privada de libertad con el fin de preservar su salud y, como consecuencia, mantener su calidad física de vida.

Objetivo general

Asegurar el suministro a los(as) privados(as) de una alimentación adecuada, bien preparada y servida, cuyo valor nutricional sea suficiente para el mantenimiento de la salud de los(as) privados(as) de libertad.

Servicio de Alimentación y Nutrición

Es una dependencia técnica que tiene la responsabilidad de planificar, adquirir, preparar, almacenar y distribuir una alimentación adecuada que cumpla con los requerimientos nutricionales establecidos en las normas vigentes para servicios de alimentación institucionales.

Normas generales

1. Se suministrará a los(as) privados(as) de libertad y al personal de la Institución una alimentación adecuada, bien preparada y servida, cuyo valor nutricional sea suficiente para el mantenimiento de la salud.
2. Se realizarán acciones para prevenir enfermedades influenciadas por la alimentación y nutrición y para brindar atención en caso de que tales enfermedades se presenten.
3. Se han de desarrollar acciones de educación alimentaria y cursos de buenas prácticas de manufactura para el personal operativo del servicio de alimentación.
4. Todo(a) privado(a) de libertad será evaluado nutricionalmente a su ingreso a los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.
5. El privado de libertad deberá tener acceso al servicio de agua potable.
6. La alimentación deberá cumplir las normas de higiene establecidas por el MINSA.
7. Todo(a) privado(a) de libertad deberá recibir por lo menos tres comidas diarias.
8. Los(as) privados(as) de libertad comerán sentados en mesas y sillas, decentemente.
9. Todo(a) privado(a) de libertad seguirá dietas especiales si presenta alguna patología que lo demande. Esta dieta habrá de ser proporcionada por los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, de buena calidad, bien preparada, servida y supervisada por el personal técnico especializado en la materia.

Recursos necesarios para el funcionamiento del servicio de alimentación y nutrición

Recursos humanos

1. Nutricionista dietista

Debe contarse con nutricionista dietista idóneo(a), quien será el (la) jefe(a) de servicio.

Será responsable de:

1.1 Actividades administrativas y técnicas

1.1.1 Planificación

- a. Programar las actividades anuales y diarias del servicio de alimentación.
- b. Programar anual, trimestral, semanal y diariamente las necesidades de alimentos, suministros, equipo, y recursos humanos necesarios para el servicio de alimentación.
- c. Elaborar el proyecto de presupuesto del servicio de alimentación.
- d. Calcular el costo de la ración servida.
- e. Planificar las cantidades de alimentos necesarios para la elaboración del ciclo del menú.
- f. Revisar la disponibilidad de alimentos y el presupuesto con que se cuenta.

1.1.2 Organización

- a. Definir procedimientos para la ejecución del trabajo en el área de alimentación.
- b. Racionalizar los recursos en el área de alimentación.

1.1.3 Dirección, supervisión y control

- a. Dirigir en forma eficiente el personal del área de alimentación.
- b. Delegar responsabilidades y autoridad al personal supervisor y de apoyo.
- c. Brindar el apoyo necesario para la realización del trabajo en el área de alimentación.

1.1.4 Evaluación

- a. Evaluar el progreso de trabajo y el rendimiento del personal, por lo menos una vez al año.
- b. Evaluar el cumplimiento de las normas establecidas.
- c. Evaluar la utilización del presupuesto de acuerdo con lo programado.
- d. Evaluar la aceptabilidad del servicio brindado a los beneficiarios.

1.2 Nutrición Clínica

- a. Interpretar la prescripción dietética enviada por el médico para alguna patología específica.
- b. Atender las interconsultas.
- c. Realizar la evaluación nutricional del privado de libertad (peso, talla, índice de masa corporal).

- d. Elaborar el cálculo dietético.
- e. Supervisar la preparación y distribución de la dieta.
- f. Anotar, en la historia clínica del privado de libertad, los aspectos relacionados con el tratamiento dietético y la evaluación.
- g. Brindar orientación nutricional al (a la) privado(a) de libertad y/o a sus familiares, si así lo requiere el(la) interno(a) según prescripción médica, tanto estando dentro del centro penitenciario o de cumplimiento y custodia como al momento de abandonarlo.

2. Personal operativo

Es aquel con preparación académica o capacitación que le permita desarrollar actividades propias del servicio de alimentación. Está compuesto por:

2.1 Cocinero(a) jefe(a)

2.1.1 Resumen del trabajo

Planificar, organizar, dirigir y supervisar el proceso de preparación, cocción y distribución de alimentos.

2.1.2 Descripción del trabajo

- a. Coordinar y supervisar el trabajo del grupo de funcionarios a su cargo.
- b. Supervisar la distribución de alimentos al personal.
- c. Calcular los insumos necesarios para la producción diaria.
- d. Recibir y verificar la mercancía de acuerdo con lo solicitado.
- e. Coordinar los menús diarios con el(la) nutricionista.
- f. Cuidar que se cumplan las normas de higiene reglamentarias.
- g. Dar seguimiento a la labor de limpieza y desinfección del servicio de alimentación.
- h. Controlar disponibilidad y estado de los recursos asignados al puesto que ocupa.
- i. Cumplir con cualquier otra función que se le asigne, según actividades inherentes a su cargo.

2.1.3 Requisitos mínimos

- a. Carné de manipulador de alimentos y certificado de salud mental.
- b. Habilidad para dirigir y supervisar personal.
- c. Habilidad para mantener relaciones interpersonales.
- d. Cursos y seminarios sobre preparación y manipulación de alimentos.

2.2 Cocineros(as)

2.2.1 Resumen del trabajo

Efectuar labores relacionadas con la preparación y cocción de los alimentos que se requieren en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia.

2.2.2 Descripción del trabajo

- a. Revisar los ingredientes que se utilizan en la preparación de diversos platos.
- b. Preparar el número de comidas de acuerdo a la cantidad de beneficiarios.
- c. Preparar y condimentar diversos platos de acuerdo con las indicaciones en el menú.
- d. Usar adecuadamente los equipos e insumos proporcionados.
- e. Vigilar que la preparación de alimentos y su cocción se ajusten a lo indicado.
- f. Dar seguimiento a los trabajos de limpieza y desinfección del área y equipo.
- g. Colaborar en los inventarios de existencia de materiales y equipo de la cocina.
- h. Informar al supervisor inmediato de los daños o desperfectos que tenga el equipo de trabajo y la reposición del material que se requiera.
- i. Reportar a sus superiores cualquier anomalía de los bienes e insumos del Servicio de Alimentación.
- j. Cumplir con cualquier otra función que se le asigne según actividades inherentes al cargo.

2.2.3 Requisitos mínimos

- a. Carné de manipulador de alimentos y certificado de salud mental.
- b. Curso de higiene y manipulación de alimentos.
- c. Habilidad para interpretar y seguir instrucciones.
- d. Destreza en el manejo y uso de utensilios y equipo de cocina.

2.3 Almacenista

2.3.1 Resumen del trabajo

Efectuar trabajos de recibo, almacenamiento y despacho de productos alimenticios, desechables, de aseo, y llevar el registro y control correspondiente.

2.3.2 Descripción del trabajo

- a. Recibir y verificar, según las órdenes de compra y requisiciones, los insumos solicitados.
- b. Clasificar y almacenar los alimentos, colocándolos en los anaqueles de acuerdo con las normas establecidas.
- c. Despachar de acuerdo a las órdenes recibidas, y verificar la distribución de los alimentos.
- d. Efectuar los registros de entrada y salida de los insumos en el formulario y/o tarjetario de control de existencias del almacén.
- e. Elaborar inventarios periódicos relacionados con los insumos y los alimentos.
- f. Velar por que se realice la limpieza y desinfección de equipo y áreas de trabajo.
- g. Cumplir con cualquier otra función que se le asigne, inherente a su cargo.

2.3.2 Requisitos mínimos

- a. Carné de manipulador de alimentos y certificado de salud mental.
- b. Curso sobre almacenamiento y despacho de alimentos.
- c. Habilidad para interpretar y seguir instrucciones.
- d. Habilidad para la comunicación.

2.4 Jefe(a) de Comedor

El (la) Jefe(a) de Comedor se designará entre el personal de vigilancia. Sus obligaciones serán:

- a. Disponer que los(as) privados(as) de libertad ingresen al comedor y salgan de este en la forma y con el horario señalado.
- b. Vigilar que la distribución de los alimentos sea hecho en orden.
 - c. Cuidar que los(as) privados(as) de libertad que se encuentren en la Enfermería o en pabellones de castigo reciban los alimentos a su debido tiempo.
 - d. Mantener el orden y disciplina de los internos(as) en el comedor, así como entre el personal que presta servicios en él.
 - e. Cuidar que el aseo del comedor sea realice diariamente.

2.4.1 Requisitos mínimos

- a. Carné de manipulador de alimentos vigente y certificado de salud mental.
- b. Curso sobre actividades básicas en el comedor.
- c. Habilidad para interpretar y seguir instrucciones.
- d. Habilidad para la comunicación.

2.5 Ayudante de comedor

El(la) ayudante de comedor será designado(a) entre los(las) agentes de vigilancia, colaborará con el Jefe de Comedor en el mantenimiento normal del servicio y velará por la limpieza general del comedor.

2.5.1 Requisitos mínimos

- a. Carné de manipulador de alimentos vigente y certificado de salud mental.
- b. Curso sobre actividades básicas en el comedor.
- c. Habilidad para interpretar y seguir instrucciones.
- d. Habilidad para la comunicación.

2.6 Trabajadores(as) manuales

2.6.1 Resumen del trabajo

Ejecutar tareas de limpieza y desinfección del equipo y vajilla en el servicio de alimentación.

2.6.2 Descripción del trabajo

- a. Lavar y secar vajillas y demás utensilios del servicio de alimentación.
- b. Mantener el cuarto o área de lavado limpio y ordenado.
- c. Solicitar los insumos requeridos para ésta actividad.
- d. Controlar la disponibilidad y estado de los recursos necesarios para el puesto que ocupa.
- e. Cumplir con cualquier otra función que se le asigne, según actividades inherentes al cargo.

2.6.3 Requisitos mínimos

- a. Carné de manipulador de alimentos y certificado de salud mental.
- b. Conocimientos de procedimientos de limpieza en servicio de alimentación.
- c. Habilidad para interpretar y seguir instrucciones.

Medidas higiénicas para la manipulación y preparación de los Alimentos.

Higiene personal:

- Lávese las manos antes y después de manipular los alimentos, de comer, después de toser, estornudar, o de ir al baño.
- No use pulseras, reloj o anillos.
- La ropa debe estar limpia y debe tener un delantal limpio.
- Los zapatos deben ser cerrados, cómodos. Deben estar limpios.
- Cúbrase el cabello con una redecilla.
- Las uñas deben mantenerse cortas y limpias.
- No manipule, ni prepare alimentos cuando tiene diarrea, heridas en la mano o infecciones en la piel.
- No hable o tosa encima de los alimentos.

Prácticas higiénicas para el sitio donde se preparan los alimentos:

- El piso debe barrerse y trapearse todos los días.
- Cualquier basura que caiga en el piso debe recogerse y depositarla en el bote de la basura.
- El basurero debe mantenerse alejado del lugar donde se preparan los alimentos y mantenerlo tapado.

Prácticas higiénicas para el uso de los utensilios y equipo utilizados en la preparación de los alimentos:

- Los utensilios de la cocina deben lavarse bien con agua y jabón antes y después de usarlos, además deben ser desinfectados.
- Guarde los utensilios como vasos, vasijas, platos y ollas boca abajo y bien cubiertos.
- No pruebe los alimentos con la misma cuchara con que revuelve, use otra cuchara.
- Mantenga los alimentos en recipientes bien lavados y con tapa.
- Guarde adecuadamente los alimentos que sobran en refrigeración y caliéntelos antes de consumirlos.

Requisitos para los manipuladores de alimentos:

- Contar con carné de manipulación de alimentos
 - Los manipuladores de alimentos en general tienen la obligación de realizarse un control de salud anual para la obtención del carné de salud.
 - Debe recibir una capacitación para la obtención del carné de manipuladores de alimentos.
- Todo manipulador de alimentos debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - Usar batas o delantales blancos o de color pastel.
 - Usar gorras o redecillas para el cabello.
 - Mantener en todo momento las manos limpias y las uñas cortadas y sin pintar.
 - No usar pulseras, joyas y adornos en los dedos, uñas, muñecas, antebrazos, orejas y nariz.

Las 5 claves para mantener los alimentos seguros:

1. Utilizar agua y alimentos seguros.
2. Mantener la limpieza.
3. Separar carnes y pescado crudo del resto de los alimentos.
4. Cocinar los alimentos completamente.
5. Mantener los alimentos a temperaturas seguras.

Componente 6: Personas con discapacidad y/o enfermedades crónicas, privadas de libertad

Objetivo general

Vigilar el respeto a los derechos humanos de la población con discapacidad que se encuentra en los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia del país, como grupo humano priorizado en la estrategia de atención integral poblacional del Ministerio de Salud.

Objetivos específicos

1. Divulgar y capacitar a los funcionarios del Sector Salud y Sistema Penitenciario y de Cumplimiento y Custodia en lo concerniente a la aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad y la Salud (C.I.F.).
2. Implementar programas educativos de sensibilización, capacitación e inducción sobre los derechos humanos en salud a la población privada de libertad con discapacidad y/o enfermedades crónicas.
3. Emitir criterios técnicos para la eliminación de barreras arquitectónicas para la accesibilidad de personas con discapacidad y/o con enfermedades crónicas, privadas de libertad.

Normas generales:

1. Anualmente se elaborará el reporte estadístico de las condiciones de salud relacionadas directa o indirectamente con la generación de deficiencias y diversos grados de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de toda la población privada de libertad de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia del país con discapacidad y/o con enfermedades crónicas.

Este reporte debe incluir:

- a. El grado de limitación y restricción en la inclusión de la población con discapacidad privada de libertad en las actividades del Centro.
 - b. Las limitaciones según tipo (física, sensorial, intelectual, psíquica y múltiple) de la población privada de libertad con discapacidad y/o con enfermedades crónicas en todo el país.
2. Se debe incrementar la eficiencia y eficacia de los servicios integrales de salud dirigidos a la población con discapacidad y/o con enfermedades crónicas, privada de libertad.
 3. Establecer un sistema de señalización para situaciones de desastres en los centros penitenciarios y los de custodia y cumplimiento con el fin de facilitar la evacuación de las personas con discapacidad y/o con enfermedades crónicas.

Componente 7: Salud Pública

Vigilancia epidemiológica

Introducción

La situación de encerramiento, sobrepoblación carcelaria, carencia de agua potable, drenaje, ventilación y alimentación inadecuada son factores que convierten las prisiones en lugares propicios para que las personas privadas de libertad sean más susceptibles para contraer enfermedades infecciosas.

Panamá es un país que no escapa a la realidad de la crisis que se vive en las cárceles latinoamericanas. Un censo del MINGOB conocido en febrero de 2009 confirma que uno de los principales problemas que enfrentan los privados de libertad es el hacinamiento, pues los más de 11 mil presos que hay en Panamá están albergados en prisiones con capacidad total para 7 mil 247 reos; lo que representa una sobrepoblación de 51.7%,

En los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento panameños se presentan con frecuencia casos y brotes de enfermedades infecciosas, como hepatitis, diarrea, varicela, intoxicaciones alimentarias y otras

El MINSAL y el MINGOB han reconocido la necesidad de implementar de forma sistemática la vigilancia epidemiológica en todas las cárceles del país. Esta vigilancia representa un reto importante pues requiere mantener una coordinación constante y una comunicación efectiva y fluida entre ambas instituciones; esto con miras a detectar alertas sanitarias y aplicar de forma oportuna medidas para la prevención y control de eventos con capacidad de transmitirse y poner en riesgo la salud de las personas privadas de libertad y los funcionarios gubernamentales que laboran en estos centros.

Definición

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento es el conjunto de procedimientos y técnicas para la obtención de información, seguimiento de la situación epidemiológica, evaluación de los resultados e impacto de los programas y actividades de prevención y control de aquellos problemas o eventos de salud de notificación obligatoria así como de las Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en estas instalaciones.

Objetivos generales

1. Contribuir en la disminución la morbimortalidad debido a problemas o eventos de salud de notificación obligatoria y a ESPII en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
2. Conocer oportunamente el patrón epidemiológico de los problemas o eventos de salud pública de notificación obligatoria y a ESPII en la población penitenciaria; así como los factores protectores y de riesgo que inciden en su transmisión.
3. Interrumpir oportunamente la cadena de transmisión de eventos infecciosos o la afectación por eventos no infecciosos.

Objetivos específicos

1. Detectar oportuna y sistemáticamente los casos y defunciones debido a problemas o eventos de salud pública de notificación obligatoria y a ESPII, en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento panameños.
2. Asegurar el flujo adecuado de la información epidemiológica.
3. Identificar posibles fuentes de infección y nuevos casos entre la población penitenciaria.
4. Detectar posibles brotes epidémicos o epidemias
5. Evaluar el comportamiento epidemiológico y los factores protectores y de riesgo de problemas o eventos de salud pública de notificación obligatoria y ESPII en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
6. Advertir a las instancias pertinentes de los cambios negativos y positivos de los problemas o eventos de salud pública de notificación obligatoria.
7. Recomendar medidas para la detección de casos, prevención y control de los problemas o eventos de salud pública de notificación obligatoria y los ESPII
8. Contribuir al desarrollo de investigaciones epidemiológicas en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento
9. Facilitar el establecimiento y la evaluación de medidas para la prevención, detección y control de los problemas o eventos de salud pública de notificación obligatoria en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.

Metas

1. Captar información semanal de los problemas o eventos de salud de notificación obligatoria que se presentan en el 100% de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento panameños incorporados el SIVE.
2. Captar oportunamente el 100% de los casos en que se sospeche o confirme un evento de salud de notificación obligatoria e inmediata o una ESPII en personas privadas de libertad de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento incorporados al SIVE.

Propósito

Contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población residente en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento panameños.

Eventos por vigilar

Los eventos que deben vigilarse en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento son los incluidos en el Decreto Ejecutivo N° 268 de 17 de agosto de 2001 (Anexo 16 y 17)

Definiciones de caso

Las definiciones de caso son las establecidas en la Guía Nacional de Epidemiología. Ver página web del MINSA

http://www.minsa.gob.pa/minsa2008/final_newpage/documents/informacion_de_salud/epidemiologia/normas%20de%20vigilancia/guia%20de%20epidemiologia%202005.pdf

Sistema de información

1. Unificar el sistema de información, tanto para el MINSA como para el MINGO.

Fuentes de información:

Las fuentes de información serán los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento del país y la Sala 31 del Hospital Santo Tomas. (Cuadro 8)

Cuadro 8 Centros Penitenciarios y Centros de Custodia y Cumplimiento

Nº	Centro Penitenciario	Clínica	Teléfono	A donde informara	Teléfono	Fax
1	CP de Changuinola	No	758-8960	Coord. de Epidemiología de Bocas del Toro	758-8765	758-8765
2	CP de Bocas del Toro			Coord. del Hospital de Bocas del Toro		
3	CP de David	SI	775-6467	Coord. de Epidemiología de Chiriquí	774-5328 777-0941	777-0941
4	CP Femenino de Los Algarrobos. Dolega Chiriquí	SI	775-6467	Coord. de Epidemiología de Chiriquí	774-5328 777-0941	777-0941
5	CP Pedregal David	NO		Coord. de Epidemiología de Chiriquí	774-5328 777-0941	777-0941
6	CP Puerto Armuelles	NO		Coord. de Epidemiología de Chiriquí	774-5328 777-0941	777-0941
7	CP de Santiago	NO	998-3517	Coord. de Epidemiología de Veraguas	998-7410	998-7410
8	CP Las Tablas	SI	994-6934	Coord. de Epidemiología de Los Santos	966-9317	966-9317
9	CP La Villa	SI	966-8824	Coord. de Epidemiología de Los Santos	966-9317	966-9317
10	CP Pedasí	SI		Coord. de Epidemiología de Los Santos	966-9317	966-9317
11	CP Guararé	SI	994-5422	Coord. de Epidemiología de Los Santos	966-9317	966-9317
12	CP Chitré	SI	996-3001	Coord. de Epidemiología de Herrera	996-7814	996-7814
13	CP de Aguadulce	SI	997-4060	Coord. de Epidemiología de Coclé	997-9953	997-9953
14	CP de Penonomé	SI	997-7490	Coord. de Epidemiología de Coclé	997-9953	997-9953
15	CP Llano Marín Penonomé	SI	997-8894	Coord. de Epidemiología de Coclé	997-9953	997-9953
16	CP de La Chorrera	SI	253-4455	Coord. de Epidemiología de Panamá Oeste	254-8581	254-8581
17	CP El Renacer	SI	314-9437	Coord. de Epidemiología de la Región Metropolitana de Salud	512-6600 512-6630	512-6630 512-6625
18	CP de Tinajita	SI	231-4116	Coord. de Epidemiología de San Miguelito	261-9077 261-4638	261-9077
19	Centro de Rehabilitación Femenino	SI	512-6335	Coord. de Epidemiología de San Miguelito	261-9077 261-4638	261-9077
20	CP La Joya	SI	296-0078	Coord. Epidemiología de la Región de Panamá Este	296-7607	296-7222
21	CP La Joya	SI	296-0546	Coord. Epidemiología de la Región de Panamá Este	296-7607	296-7222
22	CP de Nueva Esperanza	SI	441-7183	Coord. Epidemiología de la Región de Colón	475-2018	475-2018
23	CP de La Palma	NO	299-6200	Coord. Epidemiología de la Región de Darien	299-6300	299-6300
24	Sala 31 (HST)	SI	507-5600	Coordinación de Epidemiología del HST	507-5600	507-5671

Registro de datos

El registro de los datos de pacientes con problema o evento de salud de notificación obligatoria se consignará en los formatos unificados: (Anexo 16-17)

- a. La historia clínica, informes de laboratorio o informes radiológicos
- b. El registro diario de actividades.
- c. El registro ingresos y egresos, cuando se trate de un privado de libertad que esté en sala 31 del HST ó en cualquier otro centro hospitalario del país.
- d. El certificado de defunción, cuando se trate de una defunción
- e. El formulario de notificación individual (*) **cuando se sospecha o confirma:**
 - a. Un problema o evento de notificación obligatoria e inmediata
 - b. Un evento sobre el cual se realiza vigilancia especial o
 - c. Una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y,
 - f. El Informe Epidemiológico Semanal de Enfermedades Notificables por edad y sexo (Anexo 18)

(*) En caso de que exista un formato especial para reportar el evento debe usarse el destinado para ello. **Ejemplo:** VIH/SIDA, Intoxicación Aguda por Plaguicidas, Hantavirus, Sarampión/Rubéola, Influenza Pandémica u otros. Si no existe un formato especial el reporte debe hacerse en el Formulario de Investigación de Problemas de Salud Pública. **Ejemplo:** Dengue, Tuberculosis, infección meningocócica u otras.

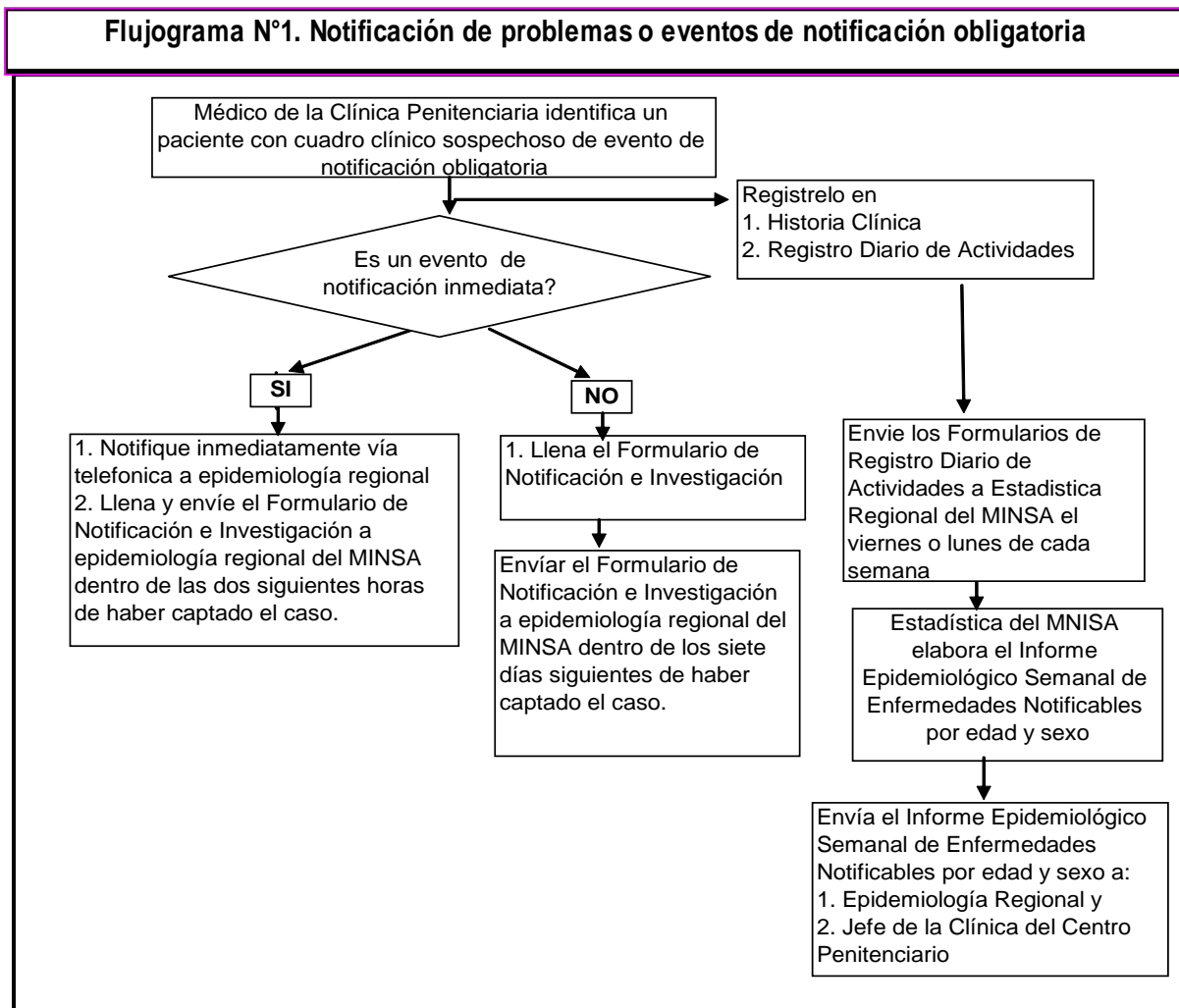
Enviar los formularios de registro diario de actividades al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas asignado (local o regional) del MINSA, el día viernes o lunes de cada semana, para

la elaboración del informe epidemiológico semanal de enfermedades notificables por edad y sexo. Una vez elaborado, este informe deberá enviarse a:
Epidemiología Regional y
Jefe de la Clínica del centro penitenciario o de custodia y cumplimiento (V. Flujograma N° 1).

Flujo de notificación:

La comunicación de los o eventos de salud de notificación obligatoria seguirá el siguiente flujograma: Figura 1

Figura 1



Nota: Este flujograma debe ser cumplido tanto por los médicos del MINSA como los del MINGOB

Análisis de la información

La información de cada centro penitenciario deberá ser analizada semanal, mensual, trimestral y anualmente por el epidemiólogo de la región; con la participación del médico responsable de la clínica penitenciaria. Además se recomienda que durante el proceso de presentación y discusión de los datos trimestrales, semestrales y anuales se integre a los miembros del equipo multidisciplinario de salud y de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento. Para el análisis se consideran variables de persona, tiempo y lugar.

Se recomienda que el análisis escrito se acompañe de:

Gráficos: casos por sexo, edad, pabellón

Cuadros: casos por sexo, edad

Mapas: Por pabellón de procedencia de los PPL

En el análisis se deben incluir los posibles factores de riesgos que favorecieron o desfavorecieron la situación de salud de la población penitenciaria, las acciones de prevención tomadas y los resultados e impacto de las mismas.

Divulgación de la información

Los resultados del análisis deben ser divulgados a las autoridades de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y las autoridades de salud responsable del área en donde se ubica el centro penitenciario. Para la divulgación se puede utilizar, entre otros, el boletín epidemiológico, informes escritos, circulares, notas u otros.

Definición de responsabilidades:

El médico de las clínicas de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento:

- a. Identificar y captar los casos según las definiciones establecidas en la Guía Nacional de Epidemiología.
- b. Identificar y entrevistar contactos y llenar los formularios respectivos.
- c. Registrar y actualizar los datos en los formularios establecidos y de acuerdo al tipo de evento.
- d. Realizar búsqueda activa de casos con énfasis en poblaciones de mayor riesgo.
- e. Obtener, embalar y enviar las muestras al laboratorio local, regional o central de referencia; en caso necesario.
- f. Aplicar adecuadamente las medidas de bioseguridad y de prevención y control ante eventos que sean transmisibles o que puedan expandirse.
- g. Alertar a las instancias locales y superiores ante la sospecha de eventos inusuales o inexplicables.
- h. Notificar a Epidemiología Regional, por la vía más rápida.
- i. Actualizar el diagnóstico en la historia clínica de acuerdo a los resultados de laboratorio.
- j. Divulgar las legislaciones y normas vigentes en materia de vigilancia epidemiológica al resto del equipo del CP.
- k. Participar en el análisis y difusión de la información producto de la vigilancia.
- l. Participar en la evaluación del sistema de vigilancia.

Epidemiología Regional

Capacitar al personal de las clínicas penitenciarios en el SIVE

- a. Verificar el cumplimiento de las normas en la captación de los casos y en la toma y envío de las muestras.
- b. Monitoreo y supervisión del proceso de vigilancia en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento
- c. Asesorar y brindar asistencia técnica al personal de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento en, vigilancia y prevención y control de eventos de salud de notificación obligatoria y ESPII
- d. Capturar en las bases de datos la información de aquellos casos que son de vigilancia especial.
- e. Monitorear que los laboratorios estén recibiendo, analizando e informando los resultados provenientes del CP.
- f. Coordinar con el médico de las clínicas penitenciarias y estadística regional para la corrección o actualización del diagnóstico de acuerdo a los resultados de laboratorio y otros hallazgos.
- g. Analizar con los miembros del equipo de salud y de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento los datos semanales, mensuales y anuales producto de la vigilancia y divulgar los mismos.
- h. Alertar al personal de las clínicas penitenciarias y a las autoridades superiores ante la sospecha de eventos inusuales o inexplicables en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
- i. Evaluar con equipo de salud del MINSA y de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento el sistema de vigilancia.

Epidemiología del nivel central

- a. Elaborar y actualizar las normas y protocolos para la vigilancia en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento
- b. Capacitar al personal de los niveles regionales en la vigilancia en estos centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento
- c. Coordinación del sistema de vigilancia nacional en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento del país.
- d. Monitorear y supervisar el sistema de vigilancia en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
- e. Recopilar, procesar, analizar y difundir periódicamente la información proveniente de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento del país.

f. Evaluar, al menos una vez al año; con el equipo nacional del MINSA y el MINGOB el sistema de vigilancia en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.

Laboratorio

- a. Recibir, almacenar, y procesar las muestras provenientes de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
- b. Coordinar con epidemiología regional para el envío oportuno de los resultados de laboratorio procedentes de los CP.
- c. Orientar al personal de los CP en el procedimiento para la toma y manejo de muestras biológicas y el llenado de formularios para la solicitud de exámenes especiales.
- d. Enviar al médico de las clínicas penitenciarias los resultados de las pruebas realizadas.
- e. Informar al epidemiólogo regional sobre los resultados de los exámenes de laboratorios de los eventos de notificación obligatoria y los ESPII, en especial cuando los resultados son positivos.
- f. Participar con el resto del equipo en el análisis y difusión de los resultados de la vigilancia en los CP.
- g. Participar con el equipo de salud en la evaluación del sistema de vigilancia en los CP.
- h. Preparar informes semanales, trimestrales, semestrales y anuales de las muestras procesadas de los CP.

Estadística Regional

- a. Capacitar a los médicos de los CP en el llenado de los formularios.
- b. Recibir y procesar el Informe Diario de Actividades enviado por los CP
- c. Verificar la calidad de los datos recibidos de los CP y realimentar a los médicos con relación a los mismos.
- d. Elaborar el Informe Epidemiológico Semanal de Enfermedades Notificables por edad y sexo de los CP.
- e. Enviar el Informe Epidemiológico Semanal de Enfermedades Notificables por edad y sexo a Epidemiología regional y a los responsables de los Clínicas en los CP.
- f. Elaborar tablas, mapas y gráficos con la información de los CP
- g. Participar con el resto del equipo en el análisis y difusión de los resultados de la vigilancia en los CP.
- h. Participar con el equipo de salud en la evaluación del sistema de vigilancia en los CP.
- i. Colaborar con el epidemiólogo en la preparación de informes semanales, trimestrales, semestrales y anuales de la situación epidemiológica en CP y en la difusión de los mismos.

Monitoreo, supervisión y evaluación (Cuadro 9)

- a. Para monitorear, supervisar y evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica en los CP se utilizará el instrumento de supervisión, adaptado. Se deben realizar al menos dos supervisiones anuales a las clínicas de los CP.
- b. Los resultados de la evaluación y las recomendaciones deberán ser discutidos con el equipo de salud de la región y el de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.
- c. Se enviará un informe escrito al centro supervisado, al director del centro penitenciario o de custodia y cumplimiento, al coordinador nacional de epidemiología y al Director Regional de Salud.

Cuadro 9 INDICADORES

Indicador	Definición Conceptual	Fuente de Información	Definición Operacional
Tasa de incidencia de eventos específicos priorizados (Ejemplo: Diarrea, hepatitis, intoxicación alimentaria) por grupo de edad.	Indica del total de casos del evento priorizado entre los privados de libertad en el periodo analizado	Clínicas de los CP (Informe Epidemiológico Semanal de Enfermedades Notificables por edad y sexo)	(# de casos por diarrea / total de PPL) x 1,000
Porcentaje de notificación oportuna de eventos de notificación obligatoria inmediata	Indica el porcentaje de casos de eventos de notificación obligatoria e inmediata y ESPIIN notificados dentro de los tiempos establecidos en las normas de vigilancia epidemiológica	Clínicas de los CP (Formulario de Notificación de Problemas de Salud Publica)	(# de Número de notificaciones oportuna /total de notificación)x100

(Consultar indicadores de la Guía Nacional de Epidemiología, para adecuar según la situación).

Componente: 8 Salud Ocupacional

Introducción

La OPS /OMS estima que en los países en desarrollo, solamente un 5% al 10% de la población trabajadora tiene acceso a servicios de salud ocupacional completos y eficientes. Dichos servicios han tenido un enfoque curativo, más que preventivo y promocional. Esta situación se da a pesar de las evidentes necesidades y de los principios de “Salud para Todos” de la OMS y los convenios de Servicios de Salud Ocupacional de la OIT.

La Declaración de Alma-Ata (OMS) recalzó la necesidad de organizar los servicios de atención primaria lo más cerca posible al sitio donde las personas viven y trabajan, dando prioridad a la población de alto riesgo.

Los servicios de Salud Ocupacional pueden organizarse en diferentes formas y niveles, dependiendo del tamaño de la empresa, el tipo de proceso productivo, los riesgos laborales, la organización del trabajo, etc.

La Recomendación #171 de la OIT señala que la función de estos servicios de salud, en la medida que se relacionan con el trabajo, son esencialmente preventivos y se basan en:

- * El monitoreo del medio ambiente de trabajo
- * El monitoreo de la salud de los trabajadores
- * Información, educación, entrenamiento, asesoramiento
- Primeros auxilios, tratamientos y programas de salud

El componente de salud ocupacional en la normativa de atención de salud en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia tiene su marco de sustento en lo manifestado por OPS/OMS en la *Resolución XIV: Plan Regional de Salud de los Trabajadores de 1994*. Sus principios incluyen:

- I.**Universalidad:** Mayor cobertura de los servicios integrales de salud (prevención, promoción, atención y rehabilitación) de la Población Económicamente Activa (PEA), y en general de los trabajadores.
- II.**Equidad:** Mejoramiento de condiciones injustas de vida y de trabajo, con igualdad de oportunidades y de acceso a fuentes de trabajo de calidad, en forma independiente de las condiciones de género, etáreas, étnicas u otras.
- III.**Participación:** Participación activa de los trabajadores en el desarrollo e implementación de planes y programas diseñados para proteger su salud y bienestar en el ámbito laboral.
- IV.**Concertación:** Discusión, cooperación y acuerdo entre todos los sectores involucrados.
- V.**Integralidad:** Enfoque holístico en términos de salud pública que incluya promoción, prevención, atención, rehabilitación así como la reinserción dentro del sistema laboral.

VI. Coherencia: Todos los esfuerzos realizados por las distintas entidades comprometidas para solucionar las situaciones presentadas, deben orientarse hacia un mismo norte y con un objetivo articulado predefinido.

VII. Oportunidad: Soluciones precisas en el momento adecuado.

Por otro lado se recalca que el mejoramiento de los ambientes de trabajo, las condiciones de vida, y el estado general de salud y bienestar de los trabajadores es imprescindible para avanzar hacia el desarrollo humano sustentable con equidad y justicia social.

Son tareas fundamentales:

- a) Incorporar las actividades de salud de los trabajadores en los programas de salud.
- b) Establecer sistemas de información y vigilancia epidemiológica,
- c) Fomentar la participación de los trabajadores en el desarrollo de estilos de vida saludables.
- d) Capacitación del personal necesario para la extensión de la cobertura.

En ellos se establece que todo trabajador tiene derecho a acceder a los servicios de seguridad y salud ocupacionales, independiente del sector de la economía en que se encuentre, tamaño de la empresa o tipo de labor que desempeñe.

Este modelo operativo parte del enfoque de prevención primaria (eliminación y/o control del riesgo) y se trata de responder a la multiplicidad de riesgos y condiciones de trabajo adversas a la salud.

El éxito de la prevención primaria requiere del conocimiento científico de las fuentes, mecanismos de generación, de transmisión y magnitud de los riesgos ocupacionales, y del conocimiento técnico y la aplicación práctica de los mismos para la identificación y el control de los riesgos. Esto implica la conformación de grupos de expertos multidisciplinarios que puedan contribuir a la solución de los problemas con los aportes de las distintas disciplinas y sin menoscabo de la participación de los empleadores y trabajadores.

El sitio de trabajo puede tener un impacto muy positivo en la salud y bienestar de los trabajadores, sus familias, comunidades y sociedad.

La efectividad de los servicios de salud de los trabajadores requiere de un enfoque holístico de salud pública, que incluya la prevención primaria para eliminar o controlar los factores de 38 riesgos ocupacionales; la prevención secundaria, para la detección precoz y reversible de las alteraciones de salud provocadas por exposiciones ocupacionales, y la rehabilitación integral, que debe incluir la rehabilitación laboral (readaptación, reconversión y reinserción laboral) del trabajador discapacitado a un ambiente laboral seguro y saludable.

El último Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo (C187), 2006, tomando nota de lo dispuesto en el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155), la Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 164), entre otros, permite concluir que existe la necesidad de afianzar o fortalecer el rol fiscalizador, regulador del MINSA en la promoción de la salud y seguridad de los trabajadores. Sobre todo en ámbitos laborales que no son instalaciones de salud pero donde se da atención primaria, como es el caso de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.

Igualmente, la PENDIS (Primera Encuesta Nacional de la Población con Discapacidad) confirma científicamente que existen relaciones entre el proceso de accidentabilidad y enfermedad laboral con los ambientes y condiciones de trabajo que generan discapacidad en Panamá e inciden en la pobreza y baja productividad en los panameños.

Objetivo general

Establecer los procedimientos técnico-administrativos que permitan la vigilancia eficiente y eficaz en salud ocupacional del recurso humano que da la atención en salud en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento.

Objetivos específicos

1. Fortalecer la gestión sanitaria institucional para la prevención y control de los riesgos ocupacionales a que se expone el recurso humano que brinda la atención de salud en los centros penitenciarios y de cumplimiento y custodia.
2. Incorporar los sistemas de notificación, registro y vigilancia de salud de los trabajadores de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento en los sistemas de salud y seguridad social.
3. Establecer un proceso educativo continuo en salud ocupacional sobre promoción de la salud, prevención y control del riesgo en el recurso humano que brinda la atención en salud tanto en

los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento como en los de custodia y cumplimiento.

4. Establecer los mecanismos de coordinación para lograr atención oportuna y rehabilitación integral al trabajador de la salud de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y los de custodia y cumplimiento.
5. Establecer los mecanismos de coordinación efectivos para lograr la vigilancia y control de los riesgos relacionados a los ambientes, condiciones y puestos de trabajo del recurso humano que brinda atención de salud en los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento.

Normas generales

1. A todo funcionario que dé atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento se le practicarán, de manera obligatoria, exámenes ocupacionales de preingreso o antes de iniciar labores.
2. A todo funcionario que dé atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento se le practicarán, de manera obligatoria, exámenes ocupacionales periódicos.
3. Las evaluaciones realizadas a los funcionarios que brindan atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento serán practicadas y analizadas por un grupo idóneo y multidisciplinario de profesionales, previa coordinación con el MINSA y/o la CSS.
4. En caso de que ocurriese accidente o enfermedad laboral; accidente de trayecto o ambos, al funcionario en el ejercicio de sus funciones, notificar en el tiempo y mecanismos descritos por la ley orgánica de la CSS y Decreto # 68 de Riesgos Profesionales.
5. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento participarán en el Programa de Educación Continua, Información, Actualización y Capacitación en Salud Ocupacional, diseñado y coordinado para dicho fin.
6. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento colaborarán en los procesos de mejoramiento continuo de los ambientes, prácticas y condiciones de trabajo de los centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento según las recomendaciones técnicas emanadas del el MINSA y/o la CSS.
7. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento, colaborarán en los procesos de mejoramiento del sistema de información y conformación de una red de referencia y contrarreferencia de dichos centros.
8. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento colaborarán y participarán activamente en los procedimientos de atención integral coordinados por los programas de salud ocupacional dirigidos al trabajador de la salud que labora en tales centros.
9. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, cumplirán con los procedimientos de rehabilitación integral del trabajador de la salud por parte de la CSS.
10. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento, participarán activamente en las estrategias diseñadas para la promoción de estilos de vida saludables.
11. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento, integrarán comités de bioseguridad y darán cumplimiento a las normas de bioseguridad aprobadas.
12. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento, aplicarán la metodología de factores de riesgo y mapa de riesgo para la prevención primaria en salud ocupacional.
13. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento; se practicarán los monitoreos biológicos y cualquier prueba toxicológica cuando fuere necesario, indicado por especialistas autorizados del MINSA y/o la CSS.
14. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento,

15. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento, colaborarán en la aplicación efectiva del sistema de referencia–contrarreferencia por enfermedad o accidente profesional a la CSS y/o instalaciones del MINSA.
16. Todos los funcionarios que laboran en los procesos de atención a la población de centros penitenciarios y centros de custodia y cumplimiento y de custodia y cumplimiento, participarán en el proceso de reubicación, readaptación y reeducación laboral, previa coordinación con el departamento de recursos humanos.

Componente 9: Salud Ambiental

Atención primaria ambiental dentro de los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia

Objetivo general

Proveer a los funcionarios Técnicos de Saneamiento Ambiental de un instrumento para la vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente físico de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, y para desarrollar condiciones ambientales óptimas que contribuyan a la salud y al bienestar de los(as) privados(as) de libertad y del personal administrativo que allí labora.

Consideraciones generales

1. Los(as) privados(as) de libertad deben vivir en un ambiente sano y libre de contaminación, en donde el aire, el agua y los alimentos satisfagan los requerimientos del desarrollo adecuado de la vida humana (Constitución Política, art. 18).
2. Corresponden a la Dirección General de Salud Pública, los asuntos relacionados al saneamiento, la aprobación de los planos y fiscalización de las obras en los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia (Código Sanitario, arts. 104-204).
3. En la atención de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia deberá mantenerse, como requisito básico, la coordinación del Sector Salud con otros sectores sociales y económicos cuyas políticas inciden en los niveles de salud y calidad de vida de los(as) privados(as) de libertad (Ley 55 de 2003, arts. 62-64).
4. El MINSA dará atención de Salud Ambiental a los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, a través de los Centros de Salud responsables de mantener el control sanitario del área donde está ubicado dicho establecimiento (Decreto 1609 de 1978, art. 5).
5. Todo centro penitenciario y de cumplimiento y custodia de menores deberá obtener previo a su utilización, el permiso de ocupación expedido por la autoridad competente del MINSA.
6. Para la construcción, ampliación o remodelación de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, se deberá obtener el permiso de construcción. Para tal efecto, se presentará a la Autoridad de Salud una copia de los planos de la estructura que se va a construir, los cuales deberán contener lo siguiente:
 - a. Localización regional y local.
 - b. Planta isométrica de las instalaciones para el suministro del agua potable y de eliminación de las aguas residuales.
 - c. Sistema de disposición sanitaria de residuos sólidos, comunes y peligrosos.
 - d. Instalación de equipo y mobiliario.
 - e. Facilidades sanitarias para privados de libertad, funcionarios, trabajadores y público en general.
 - f. Instalaciones de servicios de alimentación.
 - g. Instalaciones de talleres, aulas de clases y área de recreación.
7. La Autoridad de Salud deberá efectuar visitas a los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia cada tres meses. Dependiendo de los factores de riesgo, se podrá realizar cuanta visita será requerida, con el fin de cerciorarse de que se cumplan las disposiciones sanitarias vigentes.
8. El Sistema Penitenciario deberá facilitar a la Autoridad de Salud su labor profesional.

Requisitos sanitarios mínimos

Edificación

1. A prueba de ratas, diseñado en tal forma que evite al máximo la presencia y proliferación de roedores.
2. Techo de material impermeable y resistente.
3. Paredes de material sólido de superficie lisa, pintadas de color claro en su parte interior.
4. Pisos de material sólido e impermeable de superficie lisa, como concreto sellado o mosaicos antideslizantes. Instalar desagües de pisos con una pendiente de 2%.
5. Iluminación: Las ventanas, tragaluces o claraboyas estarán orientadas en tal forma que se aproveche al máximo la luz solar. La iluminación artificial no será inferior a 5 bujías pie.
6. Ventilación: Las ventanas y aberturas deben permitir el cruce de aire natural

Área de celdas

1. Habrá suficiente cantidad de celdas para no permitir el hacinamiento.
2. El área mínima de piso por persona será de 3.5 m² y la altura mínima será 2.40 m.
3. Las camas estarán a una altura mínima de 0.40 m del piso, serán de 1.80 m de largo x 0.70 m de ancho. Las camas y colchones se mantendrán limpios y libres de chinches y otras especies nocivas.

Instalaciones sanitarias

1. Inodoros: Se colocará uno por cada 10 hombres y uno por cada 10 mujeres.
2. Lavamanos: Se colocará uno por cada 25 hombres o mujeres.
3. Urinales: Se colocará uno por cada 30 hombres.
4. Baños: se colocará una ducha por cada 25 hombres o mujeres.
5. Solo podrá usarse papel higiénico, el cual deberá eliminarse en la taza del inodoro.
6. Habrá disponibilidad adecuada para el personal no interno que trabaja en la Institución y los visitantes.
7. Fregadores: En cada cocina habrá un fregador de 3 compartimientos para el lavado y desinfección de utensilios, la cual se realizará de acuerdo a lo establecido en el Decreto 382, del 24 de agosto de 1964.
8. Los pisos de los baños y servicios deberán estar bien pulidos y ser impermeables (según riesgo, lo mejor será utilizar azulejo).
9. El establecimiento tendrá un suministro de agua potable permanente y a presión.
10. La vigilancia se efectuará a través del MINSA cumpliendo con el Reglamento Técnico DGNTI-COPANIT 39-2000.

Disposición sanitaria de excretas

Los aparatos sanitarios descargarán sus aguas residuales a un sistema de disposición y tratamiento de excretas aprobado por la Autoridad de Salud. Este sistema ha de cumplir con los parámetros del Reglamento Técnico DGNTI-COPANIT 39-2000.

Disposición sanitaria de basura

El establecimiento penitenciario o de cumplimiento y custodia de menores estará dotado de suficientes contenedores de 2 metros cúbicos para la disposición de la basura, cuya disposición final se realizará a través del Servicio Público de Recolección o por un sistema propio aprobado por las Autoridades de Salud.

Cocinas y comedores

Deberán sujetarse a lo establecido en la legislación que regula esta materia en lo referente a saneamiento y manipulación de alimentos, contenido en el Decreto 382, de 21 de agosto de 1964.

Manipulación de alimentos

Todos(as) los (las) manipuladores(as) internos(as) que intervengan en la manipulación de alimentos deberán poseer un carné de salud expedido por la Instalación de Salud del centro penitenciario o de cumplimiento y custodia de menores. Cuando el suministro de alimentación se dé por contratación, el proveedor deberá cumplir con los requisitos que exige el MINSA.

Lavandería

Los métodos de lavado y desinfección de la ropa se regirán por las normas vigentes en esta materia. Cuando no se disponga de lavanderías especiales, se construirá un área especial con tinajas para lavar la ropa y facilidades de tendedores para secarlas. Las aguas residuales

procedentes del lavado de ropa también deben recibir un tratamiento aprobado por la Autoridad de Salud.

Establecimiento de Salud

Habrá un establecimiento debidamente separado para dar servicios de atención, primeros auxilios y enfermería, el cual, para sus efectos, se regirá por las normas establecidas por el MINSA. Las basuras comunes y peligrosas se manejarán separadamente, tal como lo establece el Decreto 111 de 1999, sobre desechos peligrosos.

Talleres

Los talleres para capacitación deberán cumplir con las normas de seguridad y de protección requeridas por las instancias del MINSA y los Bomberos, para evitar riesgos a la salud y el ambiente.

Seguridad

En la edificación deberán instalarse dispositivos contra incendio tales como detectores de humo con alarma, sistema de rociadores de agua y otros accesorios; los pasillos y las puertas deberán tener las dimensiones adecuadas para desalojos en casos de desastres.

Limpieza y conservación del local

1. La limpieza se efectuará diariamente. Los pisos, las celdas y servicios sanitarios se lavarán y desinfectarán, como mínimo, una vez por semana.
2. Los colchones o colchonetas y almohadas se sacarán al sol cada 15 días, como mínimo.
3. Se efectuará un programa de control de artrópodos y roedores de interés sanitario, como mínimo cada mes, mediante métodos y técnicas aprobadas por la Autoridad de Salud.
4. El edificio, sus anexos y áreas circundantes, deben conservarse en buenas condiciones de aseo por dentro y por fuera.

Control de vectores

Introducción

Las medidas de intervención contra los vectores de la malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por ellos requieren, para su eficacia, de la aplicación de Normas y Procedimientos Integrales simultáneamente utilizados. La selección de los métodos de control se basa en el conocimiento adecuado de los vectores que se tratan y en las características ambientales, ecológicas y hábitos de comportamiento de cada uno en los diferentes centros penitenciarios o de cumplimiento y custodia de menores.

Objetivo general

Implementar medidas integradas y simultáneas de intervención para el control de la malaria, dengue y otras enfermedades de transmisión vectorial y otras plagas, en todos los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia del país.

Objetivos específicos

1. Aplicar los métodos de control para los vectores del dengue, la malaria y de otras especies transmisoras de enfermedades.
2. Vigilar, en forma activa y pasiva, la malaria y los Aedes transmisores del dengue.
3. Realizar la supervisión, monitoreo y evaluación de las acciones implementadas.

Normas generales

1. Personal idóneo deberá aplicar métodos de control trimestral. Habrá de estar acompañado por autoridades del centro penitenciario o de cumplimiento y custodia de menores.
2. Habrá de realizarse control físico de los criaderos, eliminando todo objeto inservible de los predios de los centros, ya sea destruyéndolos o recogidos en bolsas.
3. Se deberá realizar, rutinariamente, protección de los recipientes considerados útiles, así:
 - a. Tapar tanques de reserva de agua con una buena lona o malla.
 - b. Lavar los recipientes útiles, con cepillos, cada dos o tres días.
 - c. Sellar los tubos de las cercas, ya sean de concreto o de metal, con arena o cemento.
 - d. Drenar aguas estancadas.
 - e. Tapar los tanques sépticos.
 - f. Evitar plantas con agua.

- g. Poner tapas en las tinajas de los servicios.
4. Se deberá eliminar los criaderos naturales que se consideran potenciales para la proliferación de *Aedes Aegypti*, *Albospictus*, *Anófeles*.
 5. Se realizará un reordenamiento del medio a través de modificaciones en él, con la finalidad de reducir el contacto con insectos, vectores de enfermedades, sin el empleo de compuestos químicos. Estas modificaciones serán permanentes y sostenibles.
 6. Se debe realizar un Control Cultural a través de la concienciación de la población privada de libertad sobre la necesidad de no tirar objetos o desechos en los patios y diferentes áreas de los Centros que no estén destinados para tales fines. Además, el Control Cultural debe ayudarla a aprender a proteger los objetos útiles y mantener los predios de las instalaciones libres de criaderos de vectores dañinos a la salud.
 7. Se realizará el Control Biológico, para combatir los vectores con medios naturales.
 8. Se impondrán las sanciones respectivas que manda la Ley 33, y sus reglamentaciones, a los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia que mantengan criaderos y no ejecuten las recomendaciones del MINSA en esta materia.
 9. Se realizará el Control Químico dos veces al año, como mínimo, dependiendo de los factores de riesgo y de la necesidad indicada (controles larvicidas, adulticidas, residuales, espaciales).
 10. Se efectuará un control de roedores trimestralmente, siguiendo los protocolos vigentes para este control.
 11. Se practicará la prueba de malaria a todo(a) privado(a) de libertad con síntomas de malaria (fiebre, escalofrío, sudoración, debilidad o cansancio) o proveniente de área malárica, cada 15 días o mensualmente, suministrando tratamiento presuntivo hasta que se especifique qué tipo de malaria padece.
 12. Se deberá hacer la prueba de dengue a todo(a) privado(a) de libertad con síntomas sospechosos (fiebre alta, dolor de cabeza, dolor en los huesos o articulaciones, erupciones en la piel) en los 3 primeros días de la fiebre. Luego, la prueba será enviada al Laboratorio Gorgas.
 13. Todo(a) privado(a) de libertad con sospecha de dengue debe estar bajo observación. La Autoridad de Salud realizará, con urgencia notoria, los contactos con el Departamento de Control de Vectores, para la aplicación de medidas contra el vector.
 14. Las inspecciones a los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia, serán realizadas por al menos dos funcionarios de vectores, los cuales estarán siempre acompañados por funcionarios del centro penitenciario y de cumplimiento y custodia de menores.

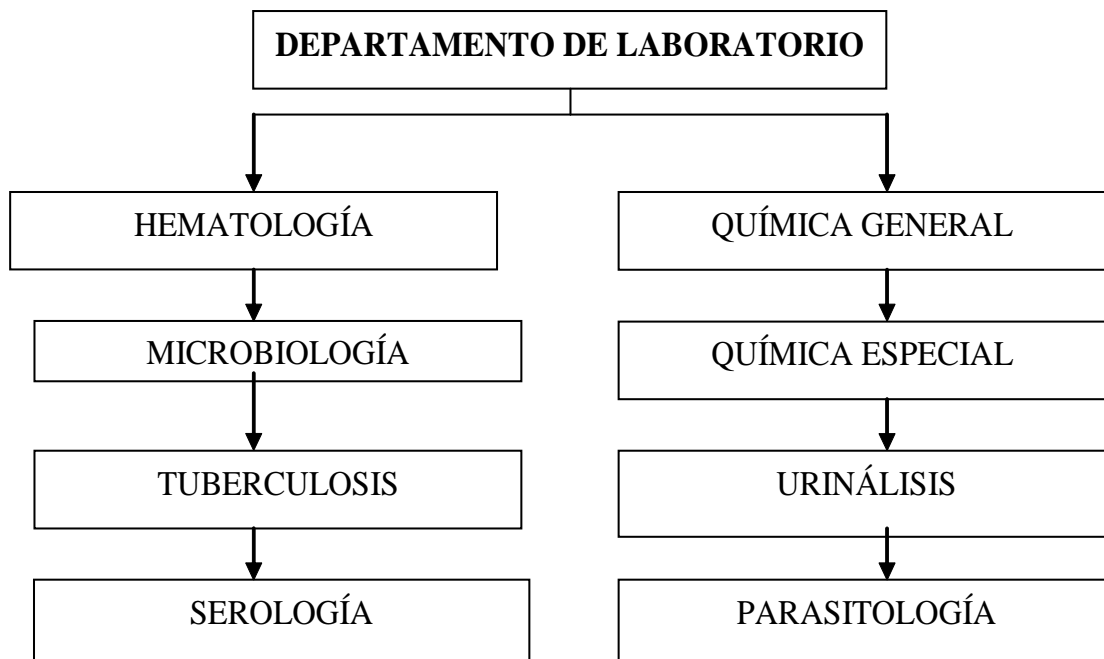
El seguimiento y monitoreo para el cumplimiento de las Normas se realizarán en coordinación con el Equipo Interinstitucional.

Componente 10: Laboratorio clínico

Organización interna

Para la realización de sus funciones, el Departamento de Laboratorio está organizado internamente en áreas multidisciplinarias. Figura 2

Figura 2 Departamento de Laboratorio



Relaciones internas

El Departamento de Laboratorio mantiene relaciones directas con todas las unidades administrativas bajo su dependencia y el resto de las unidades administrativas, a través de los Departamentos respectivos.

Relaciones externas

El Departamento de Laboratorio mantiene relaciones con unidades homólogas o equivalentes dentro del Sector Salud y con otras entidades gubernamentales y privadas.

Normas generales técnicas-administrativas

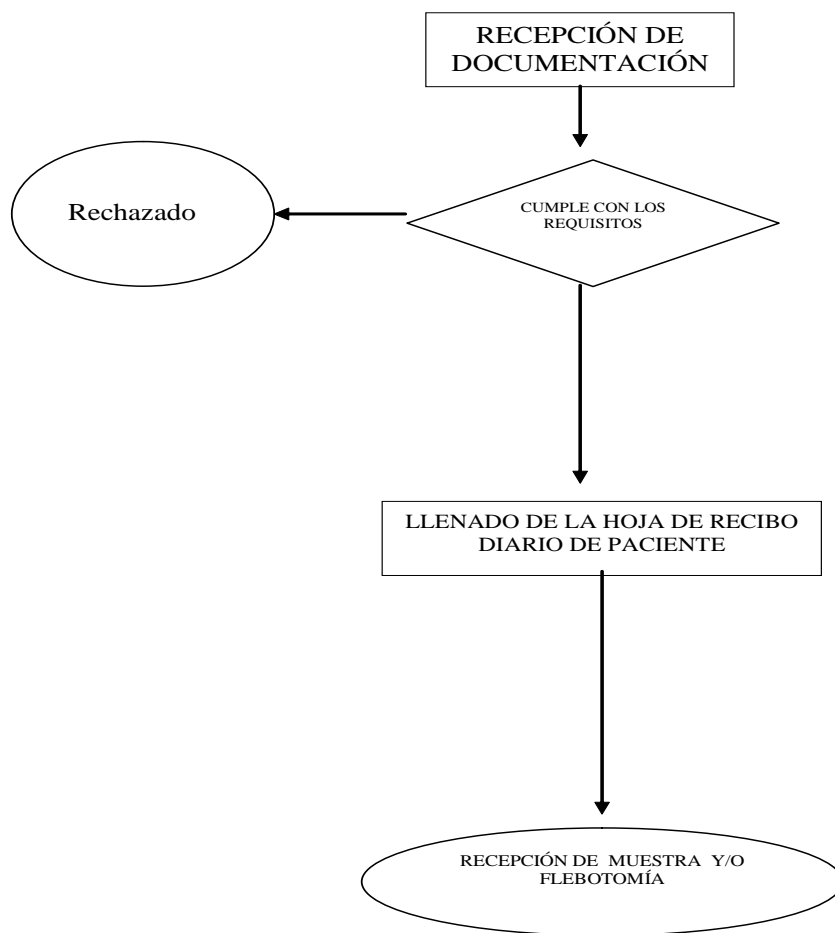
- 1.El laboratorio clínico del centro penitenciario o de cumplimiento y custodia debe poseer los manuales de Normas Administrativas, Manual de Procedimientos Técnicos, Manual de Calidad y Manual de Bioseguridad, de modo que sean accesibles y que sirvan de guía a todo el personal.
- 2.El Departamento de Laboratorio Clínico de los centros penitenciarios y centros de cumplimiento y custodia se registrará por las Normas Técnico-Administrativas del Laboratorio Clínico del MINSA.
- 3.El laboratorio clínico debe cumplir con lo establecido en la Resolución N° 1, del Consejo Técnico de Salud.
- 4.Todo funcionario de nuevo ingreso recibirá, por parte del jefe de Laboratorio, la inducción a los procesos y procedimientos establecidos para su área de trabajo.
- 5.El laboratorista clínico debe supervisar a los asistentes en sus respectivas secciones, según la Ley N° 48 del 22 de noviembre de 1984.
- 6.Todo el personal de Laboratorio debe participar en programas de docencia continua, como establece la Ley de certificación y recertificación (Ley n° 43 de 21 de julio de 2004), al igual que el Reglamento interno del MINSA (capítulo II, artículo 93, acápite 15).
- 7.El Laboratorio Clínico debe participar en programas de control de calidad, estableciendo registros de controles diarios primarios y secundarios.
- 8.Todas las órdenes de exámenes deben ser registradas en las hojas de entrada.
9. Debe otorgarse al usuario constancia de los exámenes que se ha realizado.
10. El Laboratorio Clínico debe estandarizar la manera de reportar los resultados según lo establecido en el Manual de procedimientos.
11. El Laboratorio Clínico debe tener un inventario actualizado de los reactivos, insumos y equipos dentro de cada una de las secciones de análisis clínicos.

12. La recepción de equipos nuevos debe efectuarse por medio del jefe del Departamento de Laboratorio, o quien él designe, y por Bienes Patrimoniales, con la documentación correspondiente (orden de compra, factura, etc.).
13. El jefe de Laboratorio tiene la responsabilidad de remitir los datos estadísticos mensualmente al Coordinador Regional de Laboratorio Clínico del MINSA y al Departamento de Salud Penitenciaria. Estos, a su vez, al Director Nacional de Laboratorio del MINSA.
14. Para la compra de equipos, reactivos e insumos deben estar homologados, contar con sus registros sanitarios y ficha técnica.
15. Deben existir textos de referencia en todas las unidades ejecutoras, como apoyo para un diagnóstico completo.
16. El Laboratorio Clínico ha de contar con equipos auxiliares a los equipos principales, para que garanticen la atención.
17. Todas las solicitudes de exámenes deben ser debidamente llenadas, selladas y firmadas por el médico de programas que solicita las pruebas.
18. Todos los reportes de los resultados de los exámenes deben salir de forma nítida del laboratorio.

La Dirección Nacional de Laboratorio Clínico del MINSA realizará supervisiones periódicas para garantizar que se cumplan las normas establecidas.

Figura 3

PROCESO DE RECIBO DE PACIENTE



Procesamiento de muestras (Figura 3)

La toma de muestras

1. Todo(a) paciente que necesite del proceso de toma de muestra deberá estar acompañado(a) por el custodio, para garantizar la seguridad.
2. Todo(a) paciente que necesite del proceso de toma de muestra deberá haber recibido orientación previa para los análisis, por parte del médico tratante.
3. El profesional de Laboratorio garantizará la calidad de la muestra.

Selección de materiales

Los materiales que han de utilizarse deben considerar la toma segura para el(la) paciente y garantizar la integridad de la muestra, así como la seguridad y facilidad de manejo del flebotomista y el procesamiento de la muestra.

Procesamiento de las muestras

Todas las muestras tomadas y recibidas deberán ser procesadas en áreas seguras y apropiadas para este fin. Estas áreas deberán contar con equipos e insumos con Registro Sanitario expedido por el Laboratorio Central de Salud Pública.

Gabinete de Laboratorio para controles de salud

Al ingresar al penal:

- a) Biometría hemática completa
- b) Electroforesis de hemoglobina
- c) Tipaje y Rh
- d) VDRL
- e) Glicemia
- f) Nitrógeno de urea
- g) Colesterol total
- h) Triglicéridos
- i) HDL
- j) LDL
- k) Urinálisis
- l) Heces
- m) VIH
- n) Marihuana
- o) Cocaína
- p) PSA cuantitativo hombres mayores de 40 años, anual.

Además, en el Centro Penitenciario Femenino se le realizarán:

- a) PAP a las mujeres desde que inician vida sexual
- b) Test por clamidias y monilias.

Manipuladores de alimentos (anual)

- a) Biometría hemática
- b) VDRL
- c) Brucelosis
- d) Heces

Privados de libertad con VIH (anual)

- a) Biometría hepática completa
- b) Función renal (Creatinina, Nitrógeno de Urea)
- c) Función hepática (Bilirrubina, AST, ALT, Fosfatasa alcalina, Amilasa)
- d) Colesterol
- e) Triglicéridos
- f) HDL
- g) LDL
- h) Glicemia
- i) VDRL
- j) Toxoplasmosis Ig M
- k) Hepatitis B Ig M
- l) Hepatitis C Ig M
- m) Citomegalovirus Ig M
- n) Examen general de orina
- o) Examen general Heces
- p) Conteo de linfocitos CD4
- q) Carga Viral
- r) Marcadores Nutricionales adicionales: albúmina, ferritina, proteínas totales, potasio, calcio, fósforo y PTH.

En el Centro Penitenciario Femenino, además, se le realizará:

- a) Citología cervical

Privados de libertad con tuberculosis

- a) HIV
- b) Baciloscopía cada mes
- c) Función hepática (Bilirrubina, AST, ALT, Fosfatasa alcalina, Amilasa)
- d) Cultivo de micobacterias según lo establecido en la Norma de Atención a Personas con Tuberculosis.

Vigilancia del embarazo

- a) Biometría hemática
- b) Urinálisis
- c) VDRL
- d) Tipaje y Rh
- e) Glicemia
- f) Toxoplasmosis
- g) HIV
- h) Rubéola
- i) Electroforesis de HB si no consta en los exámenes de ingreso
- j) Tipaje y Rh del padre

ITS Infecciones de Transmisión Sexual

- a) VDRL
- b) MHATP
- c) HIV
- d) Tricomonas y Monilias
- e) Tinción de secreción por Gram.

Otros exámenes

- a) Sangre oculta en heces
- b) Factor Reumatoideo
- c) ASTO (Anti-estreptolisina O)
- d) PCR (Proteína C Reactiva)

Exámenes para ingresar al Programa de Visita Conyugal

- a) Biometría Hemática
- b) HIV
- c) VDRL
- d) Marihuana
- e) Cocaína
- f) Urinálisis

Conservación de muestras (Cuadro 10 y Figura 4)

Cuadro 10 MUESTRAS QUE SERÁN REFERIDAS A OTROS LABORATORIOS PARA CONFIRMACIÓN O PRUEBAS QUE NO REALICE EL LABORATORIO

	Prueba	Muestra	Envío	Observaciones
1	CD4/CD8	Sangre anticoagulada con EDTA	El mismo día a temperatura entre 20° C – 25 °C.	No exponer a altas temperaturas
2	Carga viral	Sangre antiicoagulada con EDTA	El mismo día refrigerada de 2°C – 8°C	Evitar el contacto directo del tubo con el pad frío.
3	HIV para confirmar	Suero	Congelado 0°C	Evitar congelar y descongelar la muestra.
4	Tosferina	Hisopado Nasofaríngeo	Inmediato Temperatura entre 20° C – 25 °C.	Enviar inmediatamente
5	Espuito para cultivo	Espuito	Temperatura entre 20° C – 25 °C.	Si no se envía el mismo día, guardar refrigerado 2° C – 4 °C

Figura 4 Transporte de muestras**Informe de resultados**

1. Los resultados de los análisis serán sistemáticamente revisados, evaluados, validados y su entrega ha de estar autorizada.
2. Los resultados serán entregados a Registro Médico.
3. Los valores críticos serán reportados inmediatamente al médico encargado u otra persona responsable de la asistencia sanitaria del (de la) paciente.
4. Las copias o archivos de los resultados indicados en el informe de laboratorio deben ser retenidos por el Laboratorio, de forma que sea posible la recuperación rápida de tal información.
5. El Laboratorio debe establecer políticas y prácticas para asegurarse de que los resultados comunicados por teléfono u otro medio electrónico lleguen solamente a los receptores autorizados. Los resultados comunicados verbalmente deben ir seguidos de un informe de laboratorio registrado apropiadamente.

Desechos de laboratorio

Los desechos de las muestras deben efectuarse de acuerdo con la reglamentación local de Desechos Peligrosos (Decreto 111 de 23 de junio de 1999) y otras reglamentaciones vigentes.

Bioseguridad en el Laboratorio

Es uno de los aspectos básicos del control de calidad, ya que los profesionales de Laboratorio se encuentran entre los que corren más riesgos.

Debe existir un Manual de Bioseguridad que contemple las medidas que se han de tomar en el laboratorio, para garantizar la seguridad del (de la) paciente, personal administrativo y técnico de la Institución.

Componente 11: Desastres

Las acciones de preparación y administración sanitaria para casos de emergencia y desastres habrán de coordinarse con la administración del sistema penitenciario y de los centros de cumplimiento y custodia, en aras de disminuir los riesgos, asegurar la efectividad de las acciones y garantizar el servicio humanitario de los pacientes y de todo el personal adscrito a la instalación de salud.

1. Es responsabilidad de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA, a través del Sistema Institucional de Salud para Emergencias y Desastres (SISED), normar, supervisar y garantizar el mejoramiento de las condiciones y servicios de prevención, acción ante desastres y mitigación de sus consecuencias, para lo cual podrán contar con la colaboración de

organizaciones gubernamentales y no gubernamentales reconocidas en la materia y habrán de coordinarse con la autoridad penitenciaria y de los centros de cumplimiento y custodia.

2. En caso de desastres que requieran traslado o evacuación, tendrá prioridad el paciente, según la gravedad de su situación clínica, en atención a su condición de vulnerabilidad. Las acciones de evacuación deberán ser aseguradas por el sistema penitenciario y de los centros de custodia y cumplimiento.
3. La organización del personal y acciones de administración en caso de desastres seguirá, *mutatis mutandi*, el modelo establecido para el *Comité de Desastres Local y sus Funciones*, establecido por SISED.
4. Es responsabilidad del MINGOB establecer la normativa para las acciones necesarias en caso de emergencias y desastres tanto en los centros penitenciarios como en los de cumplimiento y custodia. Las previsiones en este sentido adoptadas por las instalaciones de salud, deben estar coordinadas con las del MINGOB. Figura 5 y 6

Figura 5 Organización de la Instalación Sanitaria para caso de Emergencia y Desastres

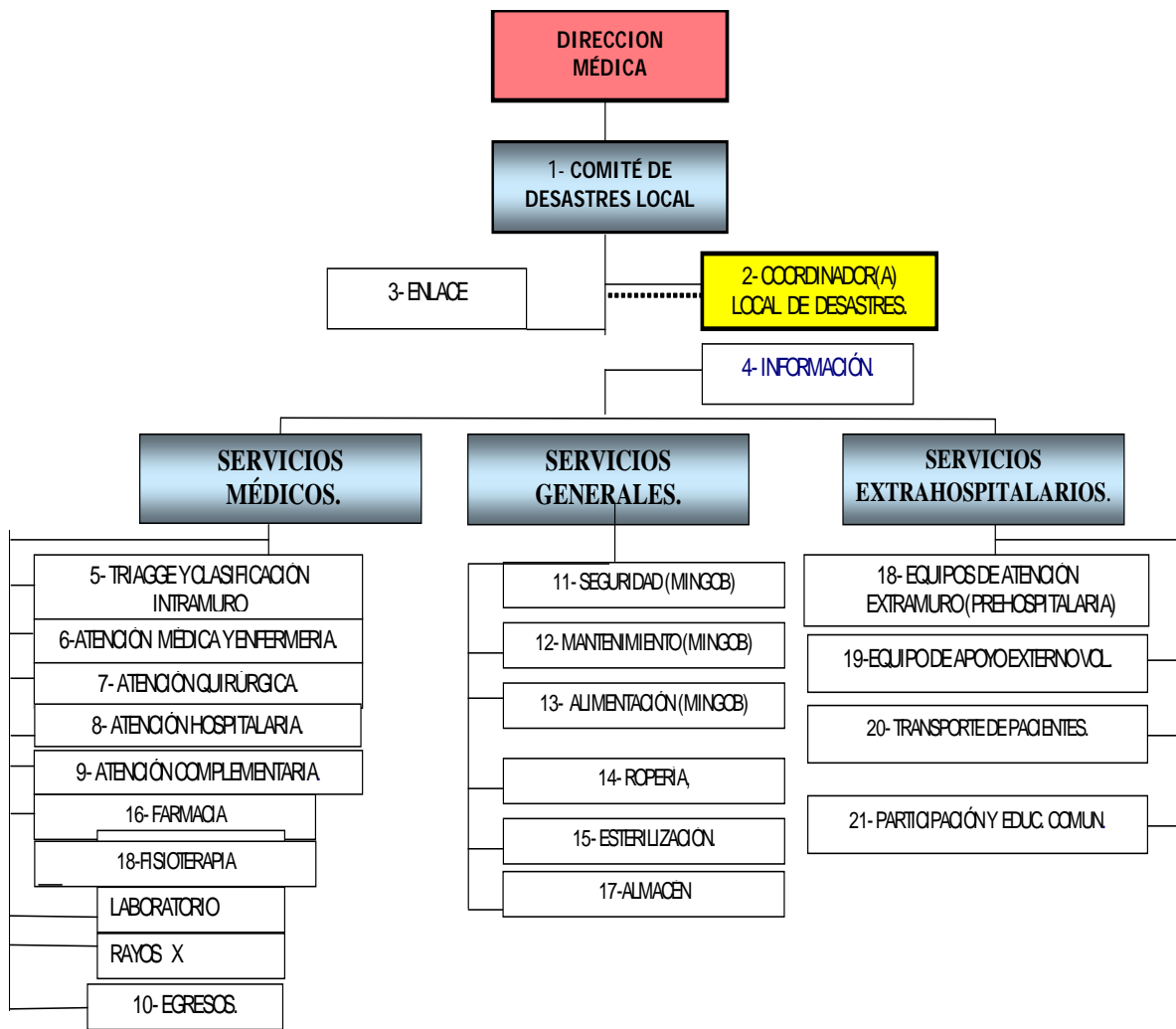
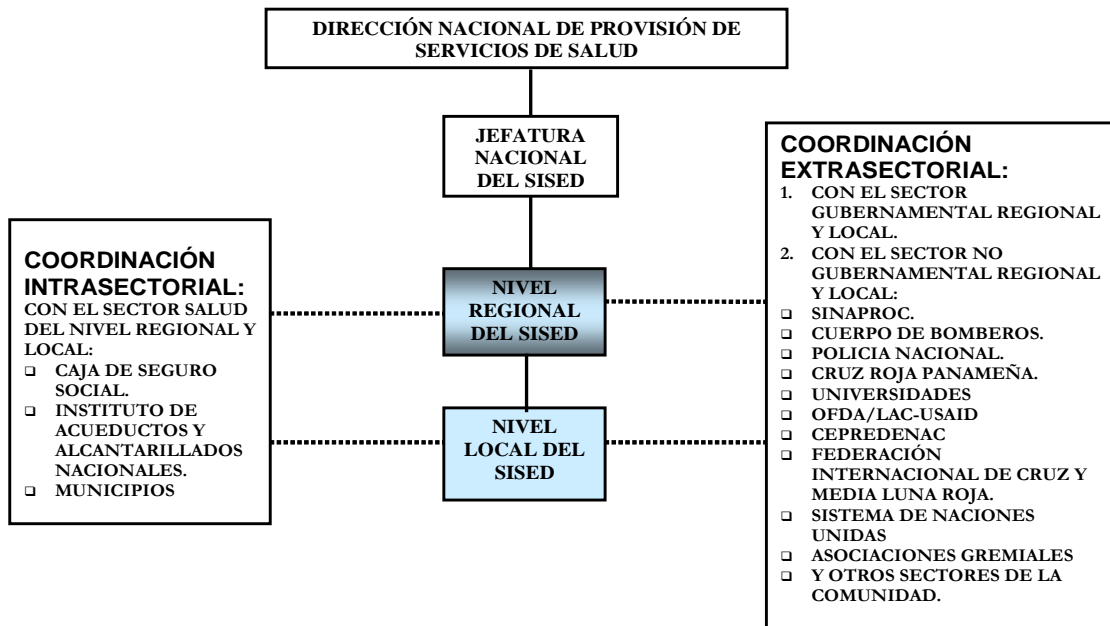


Figura 6 Sectores de Coordinación Técnica-Operativa a Nivel Regional y Local

EL COMITÉ DE DESASTRES LOCAL Y SUS FUNCIONES

Conformación del Comité Local de Desastres

Estará integrado por:

- a. La Dirección Médica (quien lo preside).
- b. La Subdirección Médica (en ausencia del director asume el mando y control).
- c. La Administración.
- d. La Jefatura de Enfermería.
- e. La Coordinación local del SISED (quien asesora técnicamente al Comité).
- f. La jefatura del Cuarto de Urgencias.
- g. Y las demás Jefaturas y/o los encargados de áreas, departamentos y servicios (farmacia, laboratorio, registros médicos, lavandería, etc.) de la región de salud y la unidad ejecutora.

Misión del Comité de Desastres Local

Procurar la oportuna, óptima y efectiva ejecución de las acciones de: Análisis de la Vulnerabilidad, Prevención, Mitigación, Preparación y Organización para la Respuesta y Atención a la población, *ante situaciones de Emergencias y/o Desastres*, asumiendo la toma de decisiones que conduzcan el proceso de gestión del riesgo y de la administración de los Desastres, incorporando en ellos *todos los recursos que posee la unidad ejecutora*.

1. Funciones del Comité de Desastres Local

a. Administrativas:

- Desarrollará todas las acciones necesarias para la implementación de las normas para la administración de los desastres y la gestión del riesgo a nivel local, establecidas por la coordinación nacional.
- Participará activamente en todo el proceso de preparación, organización y reglamentación del plan operativo local para situaciones de emergencias y desastres.
- Planificará y programará las acciones de promoción de la salud en desastres así como las de reducción de riesgo y la vulnerabilidad a las amenazas identificadas.
- Establecerá la coordinación multisectorial (sector gubernamental, no gubernamental) en el nivel local y regional necesaria para garantizar la efectividad del proceso de la administración para los desastres y la gestión de riesgo. (Anexo 19)
- Supervisará la organización, elaboración y la implementación del plan operativo para situaciones de emergencia y desastres del nivel local.
- Evaluará mediante prácticas periódicas, que contemplen simulacros o simulaciones de situaciones de desastres, del PLAN OPERATIVO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES LOCAL, que permitan hacerle mejoras y mantenerlo actualizado (Anexo 20)

- Será responsable de la activación y ejecución oportuna y efectiva del Plan operativo para situaciones de emergencia y desastres, cuando fuese necesario o requerido a través de la declaración de las diferentes alertas.
 - Mantendrá la coordinación y comunicación con la Coordinación Nacional de Desastres.
- b. **Docentes:**
- Elaborará y ejecutará programas de docencia y capacitación dirigidos al personal que trabaja en la unidad ejecutora y en la instalación penitenciaria o de cumplimiento y custodia en materia de prevención, mitigación y atención de desastre y de gestión del riesgo.
- c. **Investigación:**
- Elaborará el diagnóstico de vulnerabilidad de la unidad ejecutora y del área geográfica de responsabilidad sanitaria.
 - Elaborará el mapa de riesgo para situaciones de emergencia y desastres del área de responsabilidad sanitaria.
 - Realizará investigaciones operativas sobre vulnerabilidad y riesgo relacionados con desastres.
 - Elaborará talleres de lecciones aprendidas con posteridad al manejo de un evento adverso, para documentar la respuesta y hacer correctivos a futuro.
- d. **Atención:**
- Proveer la atención de salud a la población afectada víctima de una situación de emergencia y desastres en un momento dado, de manera integral (biosicosocialmente, incluyendo el programa de salud mental “ayuda al que ayuda” dirigido a los funcionarios prestadores de los servicios de salud en situaciones de emergencias y desastres), oportuna, con equidad (priorizando a los grupos más vulnerables), eficiencia, eficacia, efectividad y con enfoque sectorial (se atienden asegurados y no asegurados indistintamente).

Capítulo II. Normas administrativas

A. Trámites administrativos que involucran al personal

1. Todos los trámites son responsabilidad del jefe técnico-administrativo y se rigen por lo establecido en el Reglamento interno del ministerio correspondiente.

B. Aspectos laborales

1. Los funcionarios de salud al servicio del Sistema Penitenciario y los centros de cumplimiento y custodia están amparados por disposiciones jurídicas especiales que rigen a los funcionarios de salud del Estado.

2. Criterios para la clasificación del personal que labora en las instalaciones de Salud Penitenciaria

Hay tres clases de personal de Salud Penitenciaria. De acuerdo con esta clasificación, habrá de adecuarse el estatus laboral correspondiente:

Personal de Planta: A este corresponde el personal básico que trabaja directamente en la instalación de salud penitenciaria. Es nombrado y pagado por el MINGOB y/o el MINSA. Deberá estar constituido por:

a. Personal técnico

- a.1) Director médico
- a.2) Médicos generales
- a.3) Enfermera jefa
- a.4) Enfermeras y técnicos de enfermería
- a.5) Odontólogo
- a.6) Asistente de odontólogo
- a.7) Laboratorista jefe
- a.8) Laboratoristas
- a.9) Asistentes de Laboratorio

- a.10) Técnico en urgencias médicas
- a.11) Técnico en registros médicos
- a.12) Trabajador Social
- a.13) Psiquiatras
- a.15) Farmaceuta
- a.16) Asistente de farmacia
- a.14) Conductor de ambulancia

b. Personal administrativo

- b.1) Secretario(a)
- b.2) Trabajador(a) manual

Personal itinerante: Es el personal de salud que proviene de otras instituciones de salud (MINSA, CSS, Hospitales). Brinda servicios al Sistema Penitenciario de forma periódica y coordinada con la Dirección Médica y con la Administración del centro penitenciario o de cumplimiento y custodia. Deberá estar constituido por:

- a) Médicos especialistas
- b) Psicólogo
- c) Promotores de salud
- d) Nutricionista
- e) Trabajador social
- f) Inspectores de Saneamiento Ambiental
- g) DEPA
- h) Control de Vectores

Personal de Seguridad: Estará asignado permanentemente al Sistema de Salud Penitenciaria y de cumplimiento y custodia, de forma que, en todo momento, puedan garantizarse las condiciones de seguridad para la atención e intervenciones de salud. Estará compuesto por:

- a) Miembro(s) de la Policía Nacional adscrito(s) a la instalación de salud penitenciaria o de cumplimiento y custodia.
- b) Custodios.

3. Preparación práctica-académica del personal de Salud Penitenciaria.

Además de su formación profesional ordinaria, el personal de planta y de seguridad del Sistema de Salud Penitenciaria y de cumplimiento y custodia habrá de recibir capacitación especial en lo concerniente a:

1. Inducción a la administración en salud del MINSA (Instrumentos de evaluación y monitoreo, entre otros temas).
2. Administración de salud en Sistemas Penitenciarios y de cumplimiento y custodia.
3. Técnicas de manejo de la agresión y de la ira.
4. Cursos de psiquiatría relacionados con trastornos de la personalidad.
5. Relaciones humanas.
6. Otros mecanismos de capacitación y actualización.

Esta formación será continua, estará bajo responsabilidad del Sistema Penitenciario y del MINSA y será opcional para el personal itinerante.

4. Emolumentos, horario de trabajo e incentivos

Personal de planta: Gozará de los siguientes beneficios:

- a) El personal técnico será nombrado con carácter permanente en forma inmediata, con el salario legalmente establecido en sus respectivas escalas para gremios.
- b) Se reconocerá que el servicio se brinda en condiciones de alto riesgo y se equiparán los horarios de servicio con los acuerdos existentes para los cuartos de urgencia.
- c) Póliza de seguro de vida pagada por el Estado.
- d) Transporte para trasladarse al puesto de trabajo y para regresar de él.
- e) Prioridad en caso de urgencia policial.
- f) Revisión periódica del lugar y ambiente de trabajo, atendiendo a condiciones de comodidad que no se contravengan con la seguridad.
- g) Ingreso al Régimen de Meritocracia (Ley 9 de 20 de junio 1994 -Servidores Públicos-).
- h) Terapia de apoyo.

Personal itinerante: Tendrá las siguientes consideraciones:

- a) Transporte para ir al centro penitenciario o de cumplimiento y custodia a laborar y para regresar de él.
- b) Prioridad en caso de urgencia policial.
- c) Facilidad de acceso al centro penitenciario o de cumplimiento y custodia.

Capítulo III. Consideraciones finales

El MINSA, como ente rector de la política nacional de salud, por mandato constitucional y legal, tiene la obligación de brindar servicios de salud a la población privada de libertad en iguales condiciones a las que se ofrecen a la comunidad en general. Este compromiso institucional solo se podrá cumplir a cabalidad si las autoridades que dirigen los destinos gubernamentales realizan los ajustes necesarios, algunos plasmados en este documento, y otros que deberán incluirse según las necesidades que se presenten, con el objeto de modificar todos los factores que inciden negativamente en el fomento de la salud integral de esta población.

Por lo antes expuesto, es nuestra recomendación que se estudie la posibilidad de integrar los servicios de salud a la población penitenciaria y de centros de cumplimiento y custodia, dentro de un *Programa de Salud para Privados de Libertad*, de tal manera que se le dé sostenibilidad en el tiempo, con su correspondiente sistema de evaluación y monitoreo. Este Programa deberá incluirse dentro del régimen presupuestario institucional del Ministerio de Salud, para poder obtener los recursos necesarios que den viabilidad a los cambios aquí recomendados.

Referencias

Normas Integrales de salud para la Población y el Ambiente

Normas de Programas:

Programa Nacional de Salud Mental

Normas Técnicas Administrativas y Protocolos en Salud Bucal

Guía de Atención Integral para Personas viviendo con VIH/SIDA

Normas de Privados (as) de libertad

Manual de Normas y procedimientos de TAES

Normas de Salud Integral de la Mujer

Normas de Atención dirigidas al Adulto

Normas para el Manejo Integral del y la Paciente con Hipertensión Arterial

Normas Técnico Administrativas y Manual de Procedimientos de Salud Escolar

Normas Técnico Administrativas para la Atención de las Enfermedades transmitidas sexualmente y el VIH

Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes, año 2006

Ley #33, "Por la cual se fijan normas para controlar los vectores del dengue Estadísticas de Población privada de libertad de la República de Panamá

Proyecto de Apoyo a la Modernización del Sistema Penitenciario

Normas Técnicas Administrativas

1. Estructura Organizacional

2. Hospital Penitenciario

3. Clínicas Penitenciarias

a. Habilitación y Certificación

Bibliografía

MINSA, República de Panamá, Guía Nacional de Epidemiología. 1996.

OPS, El control de las enfermedades transmisibles en el hombre, *Neumonías*, Publicación científica No.538. decimoquinta edición 1992.pág.379-381.

Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo N° 268 de 17 de agosto de 2009.

Anexos

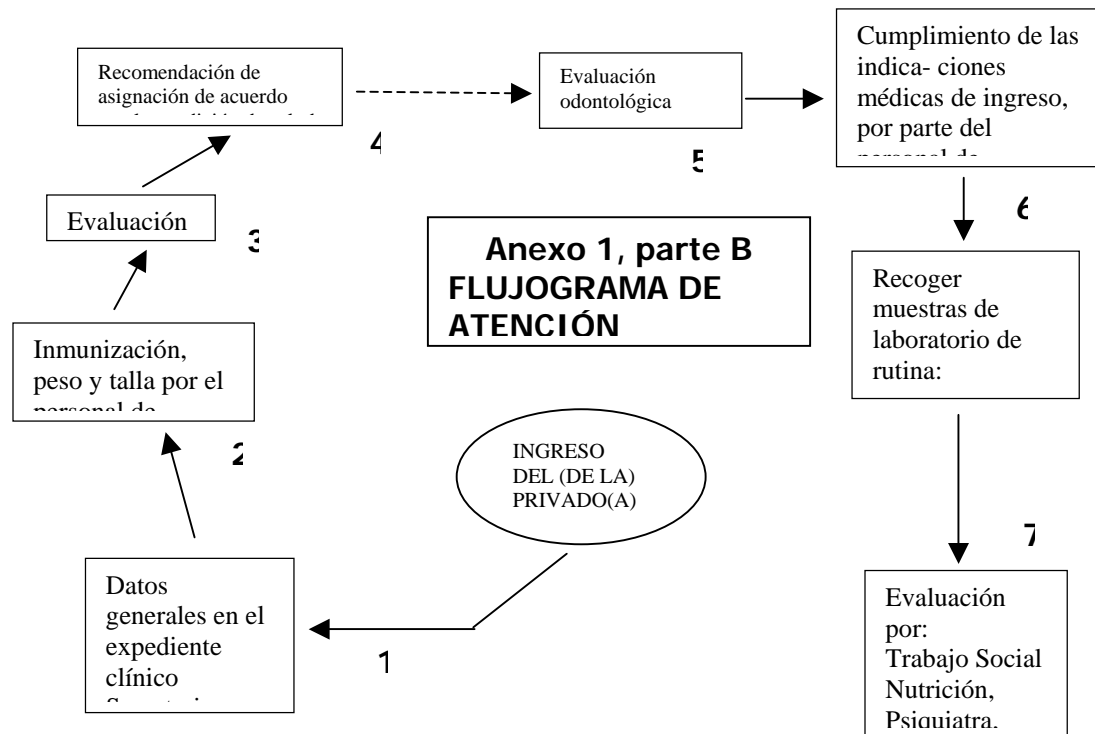
Anexo 1

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

Una vez que el(la) interno(a) ingrese al recinto penitenciario o de Cumplimiento y Custodia, deberá cumplir lo siguiente:

Historia clínica y examen físico por el médico de la clínica del Centro Penitenciario o de Custodia y Cumplimiento, cumpliendo las normas de salud vigentes según grupos de edad y/o patologías.

Una vez finalizada la evaluación del paciente, se recomendará su ubicación(a) de acuerdo con su condición de salud.



Anexo 2

Aspectos que se han de considerar en la capacitación del equipo de salud que trabaja con privados (as) de libertad

1. Se deberá capacitar a los equipos de salud en metodología participativa, integrando la formación técnica y humanística del personal de salud que labora en los diferentes niveles, para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención del adolescente, del prestador y de la comunidad.
2. Identificar las necesidades de capacitación del recurso humano en salud integral de los y las privados (as) de libertad.
3. Establecer los contenidos técnicos.
4. Brindar Curso Básico de Atención Integral a la Adolescencia, Cómo planear tu vida, Escuela para padres y madres.
5. Incluir el diseño psicopedagógico y andragógico para la implantación de técnicas participativas de comunicación grupal como: teatro, títeres, concursos, cuentos, entre otros.
6. Implementar módulos presenciales y a distancia para la difusión de instrumentos de apoyo didáctico para el equipo básico, los promotores juveniles y líderes comunitarios. Estos instrumentos podrían ser: rotafolios para privados (as) de libertad "Infórmate", Manuales: Familia y Valores, de Privados (as) de libertad para Privados (as) de libertad, Consejería, y otros.
7. Coordinar con instituciones formadoras de recurso humano para abordar la temática sobre la salud integral de privados (as) de libertad con enfoque hacia el desarrollo humano.

8. Evaluar el impacto de las actividades de capacitación del recurso humano.

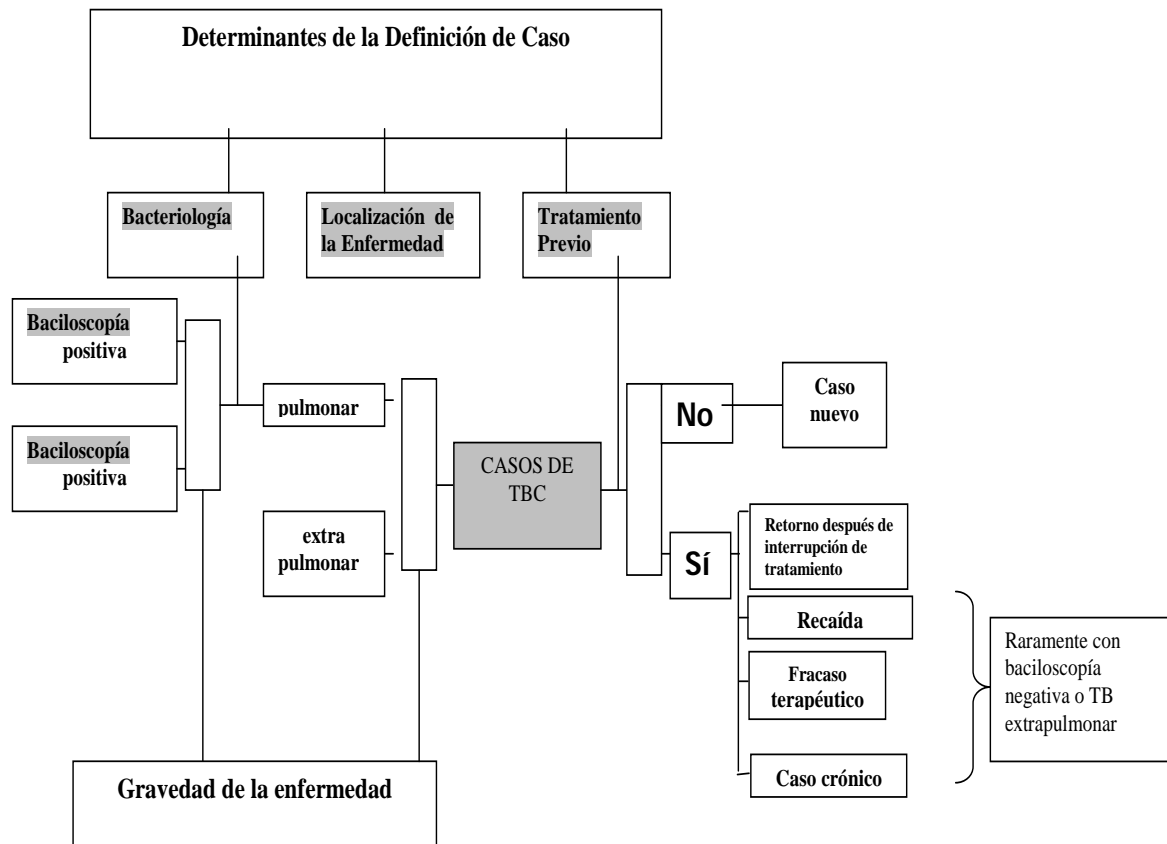
Anexo 3

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS AMIGABLES

Características	¿Cómo lograrlas?
1. Personal capacitado.	<ul style="list-style-type: none"> a. Programas de capacitación regional y local permanentes en salud integral adolescente (a todos los niveles de atención). b. Perfil establecido de personal. c. Personal capacitado atiende al (a la) adolescente. d. Equipo multidisciplinario disponible. e. Difusión e implementación de las normas de salud del adolescente.
2. Gerencia a nivel regional y local apoyando al Programa.	<ul style="list-style-type: none"> a. Gerente sensibilizado y proactivo. b. Coordinador responsable en nivel regional y local. c. Existencia de POAs con monitoreo y evaluación. d. Apoyo a la coordinación interprogramática, interdepartamental e intersectorial. e. Alianzas estratégicas. f. Asignación de recursos. g. Incentivos al personal. h. Sistema de atención al cliente (SAC) y realimentación.
3. Confidencialidad y privacidad.	<ul style="list-style-type: none"> a. Espacio privado. b. Expediente únicos. c. Respeto a la voluntad del (de la) adolescente.
4. Garantía de acceso a los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> a. Horarios flexibles. b. Sin condicionamientos. c. Atención sin citas. d. Atención integral gratuita. e. Espacio separado y equipado de acuerdo con normas de atención, necesidades y gustos del adolescente. f. Sin discriminaciones. g. Niveles de referencia y contrarreferencia a otros servicios.
5. Actividades de promoción, consejería y atención.	<ul style="list-style-type: none"> a. Servicios de información, educación, comunicación, consejería, habilidades para la vida. b. Formación de grupos de privados (as) de libertad. c. Formación de grupos de apoyo a los privados (as) de libertad. d. Participación de los medios de comunicación social. e. Participación social. f. Formación de promotores juveniles. g. Control de crecimiento y desarrollo y control de salud bucal. h. Atención nutricional y administración de hierro y ácido fólico. i. Atención a la morbilidad. j. Prescripción de anticonceptivos. k. Movilización de recursos.
6. Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> a. Cumplimiento de la Ley 68 (en reglamentación). b. Cumplimiento de respuesta de la Procuraduría de la Administración sobre los derechos de las y los privados (as) de libertad a la atención en salud sexual y reproductiva en las instalaciones de salud.

Anexo 4

DEFINICIÓN DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS



Anexo 5

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EXTRAPULMONAR SEGÚN SU GRAVEDAD

GRAVES	MENOS GRAVES
<ul style="list-style-type: none"> • Meningitis • Miliar • Pericarditis • Peritonitis • Efusión pleural bilateral o extensa • Columna vertebral • Intestinal • Genitourinaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos • Efusión pleural (unilateral) • Ósea (excepto columna vertebral) • Articulación periférica • Glándula suprarrenal • Cutánea

Anexo 6**CATEGORÍAS DE TRATAMIENTO SEGÚN ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA CADA PACIENTE**

Categorías de Tratamiento Antituberculoso	Pacientes tuberculosos	Regímenes Terapéuticos	
		Fase inicial diaria	Fase de continuación tres veces por semana
I	Caso nuevo de TBC pulmonar con baciloscopía positiva; nuevo de TBC pulmonar con baciloscopía negativa y afección pleumatososa extensa; casos nuevos de formas graves de TBC extrapulmonar	2 EHRZ (SHRZ)	4 H3R3
II	Caso con tratamiento previo, con esputo positivo: recaída; fracaso terapéutico; tratamiento posterior a interrupción	2 SRZE / 1 HRZE	5 H3R3E3
III	Caso nuevo con TBC pulmonar con baciloscopía negativa (no asignable a la Categoría I); casos nuevos de formas menos graves de TBC extrapulmonar	2 EHRZ (SHRZ)	4 H3R3
IV	Caso crónico (sigue teniendo esputo positivo después de un retratamiento supervisado)	Drogas de II línea (Evaluado en centros especializados)	

Anexo 7**ACUERDOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS DEL MINISTERIO DE SALUD Y SALUD PENITENCIARIA DEL MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA DENTRO DE LOS CENTROS CARCELARIOS, EFECTUADOS EN EL SEMINARIO TALLER DE CAPACITACIÓN: 17 y 18 DE MARZO DE 2006.**

Participantes: equipos locales de salud (enfermeras/os del Programa, médicos/as, laboratoristas, farmacéutas, paramédicos de los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia del país, equipos de Salud Penitenciaria y administrativo).

1. Llevar el libro de Registro de Casos y el Libro de Registro de Muestras en todos los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia.
2. Confeccionar la tarjeta de tratamiento a cada paciente.
3. Aplicar la estrategia de TAES a los pacientes privados de libertad para, previo listado a la seguridad del penal, ser enviados a la instalación de salud.
4. Incrementar la búsqueda de sintomáticos respiratorios, en coordinación con los agentes de seguridad del penal.
5. Solicitar medicamentos de TBC por módulos.
6. Enviar las baciloscopías desde el Centro Penal a los Laboratorios de Regencias, según la región correspondiente.
7. Establecer mecanismos para entrega mensual del Informe de Registro (Libro Amarillo) al Encargado Nacional del Programa de Tuberculosis.
8. Tomar muestras de esputo para las baciloscopías de seguimiento, en las citas mensuales de control.
9. La (el) enfermera(o) y/o paramédico(a) es responsable de recibir y anotar en el libro de registro y seguimiento de pacientes los resultados y fecha de las baciloscopías.
10. El laboratorista es el encargado de velar por que los resultados de las baciloscopías se entreguen de manera oportuna y a la persona responsable en el penal.
11. Realizar reuniones del equipo de TBC mensualmente en los Centros penitenciarios y Centros de Cumplimiento y Custodia.

Anexo 8

**MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL CONTROL DEL TRATAMIENTO
(TAES)**

REFERIDO

A: _____

REGIÓN

INSTALACIÓN DE SALUD

FECHA

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE
(Letra imprenta)**

Nombre: _____

Cédula: _____ Edad: _____ Sexo M

Domicilio: _____ Región: _____

Teléfono: _____

2. MOTIVO DE REFERENCIA:

3. DATOS DEL DIAGNÓSTICO

Fecha ____/____/____ Clasificación: monar B BK

Extrapulmonar

Localización _____

Exámenes realizados	Fecha	Resultados
Baciloscopía inicial 1		
Baciloscopía inicial 2		
Cultivo		
Biopsia		
Rayos X		
Prueba del VIH		
Otros		

CATEGORÍA DE ENTRADA AL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:

CASO NUEVO RECAÍDA FRACASO REINGRESO POR

ABANDONO CASO CRÓNICO

4. DATOS DEL TRATAMIENTO

Fecha de inicio ____/____/____ 1. Fase 2o Fase

Peso en Kg _____ No. de dosis recibidas en la Unidad _____

Fecha de última dosis ____/____/____ Esquema de tratamiento
 (Especificar medicamentos y dosis) _____

Exámenes de seguimiento realizados	Fecha	Resultados
Última baciloscopía de seguimiento		
Penúltima baciloscopía de seguimiento		
Cultivo		
Rayos X		
Otros		

5. OBSERVACIONES: Si por indicación médica existe alguna modificación del esquema normado, especificar razones y cambios realizados así como cualquier otra información de interés o dato de localización del (de la) paciente.

INSTALACIÓN DE SALUD _____

SERVICIO _____

MÉDICO TRATANTE _____

ESPECIALIDAD _____

(Nombre completo con letra imprenta)

RESPONSABLE DEL REPORTE _____

FIRMA _____

(NOMBRE COMPLETO CON LETRA IMPRENTA)

Anexo 9

Medicamentos combinados de dosis fijas

Combinaciones de dosis fijas	Medicamentos	Forma Farmacéutica	
Triple	Rifampicina+ Isoniacida+ Pirazinamida	120 mg+ 50mg + 300 mg	Tabletas
Doble	Rifampicina + Isoniacida	150 mg + 100 mg	Tabletas

Esquema de Tratamiento para casos nuevos

Fase	Meses de Tratamiento	Medicamentos	Número de comprimidos según peso corporal en Kg. y dosis contenida en cada comprimido		
			25-39 Kg	40-55 Kg	>55 Kg
Primera Fase	1 – 2 (2 meses)	Combinación “A”	3	4	5
	Fase Intensiva (60 dosis) diaria	+ Etambutol (400 mg)	1.5	2.5	3
Segunda Fase	3 – 6 (4 meses)	Combinación “B”	2	3	4
	Fase de Continuación (48 dosis) tres veces por semana	+ Isoniacida (100 mg)	1	1	2

Esquema de Tratamiento para casos de retratamientos

	Meses de Tratamiento	Medicamentos	Número de comprimidos según peso corporal en Kg. y dosis contenida en cada comprimido		
			25-39 Kg.	40-55 Kg.	>55 Kg.
Primera Fase	1 – 2 (2 meses)	Combinación “A”	3	4	5
	Fase Intensiva (60 dosis diaria)	+ Etambutol (400 mg)	1.5	2.5	3
		+ Estreptomina	0.5g	0.75g	1.00g
Segunda Fase	3 (1 mes) Fase intensiva (30 dosis diaria)	Combinación “A” + Etambutol	2 1.5	4 2.5	5 3
	4 - 8 (5 meses) Fase de Continuación (60 dosis) tres veces por semana	Combinación “B” + Isoniacida (100 mg) + Etambutol (400 mg)	2 1	3 1	4 2

Anexo 10

**MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

SOLICITUD DE BACILOSCOPIA

Región: _____	Instalación de Salud: _____
Nombre: _____	N° de expediente: _____ Fecha: _____
N° Cédula: _____ Sexo: _____	Funcionario(a) responsable: _____
N° S.S.: _____ Edad: _____	<p align="center">Clase de muestra</p> <p align="center">Marque con una cruz el motivo de solicitud del examen</p> <p>Espudo <input type="checkbox"/> Espudo Inducido <input type="checkbox"/> Aspirado Bronquial <input type="checkbox"/></p> <p>Cultivo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de recibo: _____</p>
Domicilio: _____	

Sintomático respiratorio No. de Muestra: 1ra 2da 3ra

En tratamiento Muestra de control (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

Resultado de Baciloscopia

Resultado: _____ Observaciones: _____

_____ Fecha de reporte: _____

Reportado por: _____ Firma: _____

Donación Proyecto de Apoyo al PNTB Minsa - Fundación Damián

Anexo 11



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DEL SEGURO SOCIAL
E INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

[DECRETO No. 268 DE 17 DE AGOSTO DE 2001]

REGIÓN _____ DIST _____ CORREG. _____ LOCALIDAD _____

I IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: NO ASEGURADO ASEGURADO No.CÉD. _____ No S.S _____

NOMBRE _____ PERSONA RESPONSABLE _____

F.NAC.

DÍA	MES	AÑO

 EDAD

AÑO	MES	DÍA

 SEXO: M F OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN LABORAL _____ TELÉFONO _____

II DIAGNOSTICO INICIAL _____ C. SOSP C. PROB. C. CONF.

CONDICIÓN: LEVE MODERADA GRAVE ORIGEN: CASO AUTÓCTONO CASO IMPORTADO (P ó R)

FECHAS DE:	DÍA MES AÑO			SÍGNOS Y SÍNTOMAS	FECHA DE INICIO		
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
INICIO DE SÍNTOMAS							
DIAGNÓSTICO INICIAL							
NOTIFICACIÓN							
HOSPITALIZACIÓN							
EGRESO							
DEFUNCIÓN							

III FACTORES DE RIESGO (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL O LO(S) FACTORES RELACIONADOS AL PROBLEMA DE SALUD)

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|
| 1. TRABAJADOR(A) DEL SEXO | 7. TRANSMISIÓN PERINATAL | 13. DESNUTRIDO I II III | 19. INGESTA O CONTACTO CON SUST. TÓXICAS |
| 2. TRANSFUSIÓN | 8. PRESENCIA DE ROEDORES | 14. VIAJE A AREA ENDÉMICA | 20. MALA DISPOSICIÓN DE AGUAS SERVIDAS |
| 3. H. S. H. | 9. LIMPIEZA LOCAL CERRADO | 15. CONTACTO DE CASO CONF. | 21. MALA DISPOSICIÓN DE BASURAS |
| 4. HETEROSEXUAL PROMÍSCUO | 10. CRIADERO DE MOSQUITOS | 16. ALIMENTOS CONTAMINADOS. | 22. CASA SIN: a MALLAS b LUZ ELECT. Y c. AGUA POT. |
| 5. HEMOFÍLICO | 11. NO VACUNADO | 17. PRES. ANIMALES MUERTOS | 23. MORDEDURAS DE ANIMALES: A. OFIDIO |
| 6. USUARIOS DE DROGAS I. V. | 12. OCUPACIONAL | 18. INGESTA AGUA NO POTABLE | B. MURCIÉLAGO C. PERRO D. OTRAS _____ |

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

EMBARAZADA: SEM. GESTACIÓN CONTROL PRENATAL NO SI No. DE CONTROLES

HIST. OBSTETRICA G. P. A. C. VDRL: NO SI VDRL DILUCIONES VIH: NO SI

IV. HISTORIA VACUNAL. (Registrar última fecha de vacuna aplicada relacionada a la enfermedad notificada)

1. SARAMPIÓN 1 2 R 2. MMR 1 2 3 BCG RN 4. PENTAVALENTE 1 2 3 5. POLIO. RN 1 2 3 1R 2R 6. DPT 1 2 3 1R 2R
7. DT 1 2 1R 2R 8. HEPATITIS B RN 1 2 1R 9. F. AMARILLA 1 RV 10. RABIA PRE EXP POS. EXP. 11. TETRAVALENTE 1R
12. MR 1 R 13. OTRAS VACUNAS _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS _____

VACUNACIÓN COMPLETA DE ACUERDO A LA EDAD SI NO

V MUESTRAS, FECHAS Y RESULTADOS (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MUESTRA(S) TOMADA(S)) OTRAS _____

A TIPO DE MUESTRA	1 SANGRE	2 ORINA	3 HISOP. FARING	4 HECES	5. L.C. R	6. TEJIDO	7. SECREC. HERIDA	OTRAS
B. FECHA DE TOMA								
C. FECHA RESULT.								
D. RESULTADOS (si se dispone)								

VI MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MEDIDA(S) APLICADA(S))

- | | | | |
|------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. AISLAMIENTO | 5. CONTROL DE PLAGAS | 9. ELIM. CRIADEROS MOSQUITOS | 13. QUIMIOFILAXIS AL CASO |
| 2. BUSQ. BACILIFEROS + | 6. CONSEJERÍA | 10. FUMIGACIÓN | 14. QUIMIOFILAXIS A CONTACTOS. |
| 3. BUSQ. DE FEBRILES | 7. DESINFECCIÓN | 11. INSPECCIÓN SANITARIA | 15. VACUNACIÓN AL CASO |
| 4. CHARLAS | 8. DISP. DE RESIDUOS | 12. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS | 16. VACUNACIÓN PERIFOCAL |

OTRAS MEDIDAS (ESPECIFIQUE) _____

VII INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS VIII DIAGNÓSTICO FINAL _____

G. EDAD	# Investigados	# Sintomáticos	# Tratados	CRITERIO DE VIGILANCIA
< 5 AÑOS				CASO: CONFIRMADO <input type="radio"/> PROBABLE <input type="radio"/> SOSPECHOSO <input type="radio"/>
>= 5 AÑOS				CRITERIO(S) DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO (S)
TOTAL				CASO: CLÍNICO <input type="radio"/> DE LABORATORIO <input type="radio"/> EPIDEMIOLÓGICO <input type="radio"/>

NÚMERO DE VIVIENDAS VISITADAS FECHA

--	--	--	--

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE LLENA EL FORMULARIO _____ CARGO _____

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, DPTO DE VIG. DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD Y ENFERMEDADES.
MINISTERIO DE SALUD. Correo electrónico: vigeppi@minsa.gob.pa Teléfono 212-9267 Fax: 212-9377
DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL. Teléfono 262-6269 y 262-5000 EXT 263 Fax: 2628780

Anexo 12

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Edad	Sexo	Cédula o SS

EXÁMEN SOLICITADO

Exámen directo <input type="checkbox"/>	Cultivo <input type="checkbox"/>	Sensibilidad <input type="checkbox"/>	Tipificación <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

DATOS SOBRE LA MUESTRA

Fecha de toma de la muestra:			Fecha de envío al L.C.R.S.P.:		
Tipo de muestra	Espuito	Diagnósticas <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	Especifique:	Cepas <input type="checkbox"/>
		Control <input type="checkbox"/>			

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO

Antecedentes de tratamiento	Nunca tratado <input type="checkbox"/>	Antes tratado: Recaída <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> T. terminado <input type="checkbox"/>								
Resultado de la Baciloscopia	Diagnósticas			Control						
	cas	1°	2°		1°	2°	3°	4°	5°	6°

HISTORIA FACILITADA POR EL PACIENTE

Prueba de HIV:	Historia de drogadicción Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique:	
	<input type="checkbox"/>		
Inf. sobre tratamiento previo antituberculoso	Lugar:	Fecha:	Tiempo:
Medicamentos administrados:	Especifique		
Ciclos de tratamiento administrados	Especificar N°:		
Resultado del último tratamiento según el paciente: curado <input type="checkbox"/> no curado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>			
Funcionario responsable:			

Nota: Toda solicitud de cultivo y prueba de sensibilidad deberá ser enviada con éste formulario Laboratorio Central de Referencia en Salud pública y será requisito indispensable para formalizar cualquier tratamiento con droga de segunda línea.

***Embalar la muestra de acuerdo a normas de transporte y manejo de sustancias infecciosas (Triple embalaje)**

Anexo 13

DEFINICIÓN DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS



Anexo 14

**MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

**FORMULARIO DE REFERENCIA/TRANSFERENCIA PARA EL CONTROL
DEL TRATAMIENTO (TAES)**

REFERIDO

A: _____

	REGIÓN	
INSTALACIÓN DE SALUD	FECHA	
1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE		
Nombre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cédula _____ Edad _____ Sexo M F		
(Letra Imprenta)		
Domicilio _____	Región	
_____ Teléfono _____		

2. MOTIVO DE REFERENCIA: _____

3. DATOS DEL DIAGNOSTICO
 Fecha ____/____/____ Clasificación Pulmonar B BK -
 Extrapulmonar Localización _____

Exámenes realizados	Fecha	Resultados
Baciloscopía inicial 1		
Baciloscopía inicial 2		
Cultivo		
Biopsia		
Rayos X		
Prueba del VIH		
Otros		

CATEGORÍA DE ENTRADA AL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS:

CASO NUEVO RECAÍDA FRACASO REINGRESO POR ABANDONO CASO CRÓNICO

4. DATOS DEL TRATAMIENTO

Fecha de inicio ___ / ___ / ___ 1ra fase 2da fase Peso en Kg _____ N° de dosis recibidas en la Unidad _____

Fecha de última dosis ___ / ___ / ___ Esquema de tratamiento (especificar medicamentos y dosis) _____

Exámenes de seguimiento realizados	Fecha	Resultados
Última baciloscopia de miento		
Penúltima baciloscopia de miento		
Cultivo		
Rayos X		
Otros		

5. OBSERVACIONES: (Si por indicación médica existe alguna modificación del esquema normado, especificar razones y cambios realizados, así como cualquier otra información de interés o dato de localización del paciente).

INSTALACIÓN DE SALUD _____
SERVICIO _____

MÉDICO TRATANTE _____
ESPECIALIDAD _____

(NOMBRE COMPLETO CON LETRA IMPRENTA)

RESPONSABLE DEL REPORTE _____ **FIRMA** _____
 (NOMBRE COMPLETO CON LETRA IMPRENTA)

Anexo 15

Perfil del (de la) Trabajador(a) Social

Para que se pueda brindar una atención integral de calidad y con intervenciones a nivel individual, familiar y de grupo, es necesario contar con un mínimo de diez (10) trabajadores(as) sociales con experiencia profesional.

Para brindar una atención adecuada se requiere contar con un espacio físico que permita atender con la privacidad que el caso amerite.

El(la) trabajador(a) social debe contar con los materiales y útiles de oficina mínimos para trabajar, área destinada para realizar trabajos de grupos y/o para efectuar actividades educativas y recreativas con la cooperación de otros miembros del equipo de salud.

Anexo 16**REPÚBLICA DE PANAMÁ****MINISTERIO DE SALUD****DECRETO EJECUTIVO N° 268
(DE 17 DE AGOSTO DE 2001)**

Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria, señala los procedimientos para la notificación y establece sanciones.

LA PRESIDENTA DE LA REPUBLICA,

En uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que es función del Estado panameño, establecida en la Constitución Política de la República, velar por la vida y la salud de los panameños y extranjeros residentes en su territorio.

Que por disposición del Código Sanitario, esta responsabilidad recae primariamente en el Ministerio de Salud, como ente rector del sector salud.

Que para cumplir esta responsabilidad, el Ministerio de Salud necesita realizar una efectiva vigilancia y control de riesgos sanitarios.

Que ésta función se realiza a través de un sistema de vigilancia sanitario, que requiere de los instrumentos legales que le permitan obtener una información completa, veraz y oportuna, de todas las personas e instituciones públicas y privadas que, por la naturaleza de sus funciones o responsabilidades, puedan conocer la existencia de riesgos sanitarios.

Que es necesario que las personas e instituciones obligadas, por disposición de la Ley, a cumplir con la notificación obligatoria tengan un instrumento legal que defina claramente los deberes a ellos asignados y el procedimiento a través del cual se debe realizar esta notificación.

Que es de vital importancia contar con dicho instrumento para subsanar en parte el gran subregistro existente, en especial de las clínicas privadas.

Que el Código Sanitario establece que las infracciones penadas con multas, no podrán ser menores de B/. 1.00 ni mayores de B/.1000.00.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Se establece la existencia de una categoría de riesgos a la salud individual y colectiva denominados problemas de salud de notificación obligatoria.

ARTICULO SEGUNDO: Para los efectos del presente Decreto, los siguientes conceptos se definen así:

Caso. Es aquel proceso en el que, a través de medios idóneos, se determina con certeza la existencia de una enfermedad, riesgo o problema sanitario.

Sospecha de caso. Es aquella situación, que por la evidencia clínica presente, se puede deducir la existencia de una enfermedad, riesgo o problema sanitario, sin que haya sido confirmado a través de medios idóneos que determinen con certeza su existencia.

Problemas de salud de notificación obligatoria. Son los casos o sospecha de casos de aquellas enfermedades, riesgos o problemas de salud que, por su transmisibilidad, peligrosidad o potencialidad de daño a la salud, sean definidos como tales por el presente Decreto.

Notificación. Es la comunicación de la existencia de un caso o sospecha de caso al coordinador de Epidemiología local, regional o nacional del Ministerio de Salud o, en su defecto, cuando por razones justificadas ello no sea posible, a la autoridad administrativa o de policía más cercana.

Notificación inmediata. Es la comunicación de un problema de salud de notificación obligatoria, en menos de dos (2) horas contadas a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia.

Falta leve. La constituyen la notificación o el cumplimiento tardíos o negligentes de las disposiciones legales contenidas en el presente Decreto, que no causen perjuicio a la salud individual o colectiva.

Falta moderada. La constituyen la notificación o el cumplimiento tardíos o negligentes de las disposiciones contenidas en el presente Decreto que, sin producir muertes, causen un perjuicio a la salud individual de uno o pocos miembros de la comunidad, o que causen costos innecesarios al sistema de salud, que se hubiesen evitado con la notificación.

Falta grave. La constituyen la falta de notificación o el incumplimiento de las disposiciones del presente Decreto que tengan como consecuencia la transmisión colectiva de una enfermedad que cause perjuicios graves o muertes, o altos costos al sistema de salud que se hubiesen evitado con la notificación.

ARTICULO TERCERO: Se declaran problemas de salud de notificación obligatoria en la República de Panamá, los siguientes:

1. Amebiasis
2. Anquilostomiasis
3. Botulismo
4. Bronconeumonía
5. Brucelosis
6. Carbunco cutáneo
7. Chancro Blanco
8. Cisticercosis
9. Conjuntivitis Hemorrágica
10. Cólera
11. Enfermedad Diarréica y Gastroenteritis de origen infeccioso
12. Difteria
13. Efectos Tóxicos (envenenamientos)
14. Encefalitis viral
15. Enfermedades causadas por el Hantavirus
16. Infección por VIH, incluso el sida
17. Enfermedad de Chagas (Triponosomiasis americana)
18. Enfermedad pélvica inflamatoria femenina
19. Fiebre reumática
20. Enteritis debida a Salmonella (salmonelosis)
21. Equinococosis
22. Escarlatina
23. Fiebre amarilla selvática
24. Fiebre amarilla urbana
25. Dengue Clásico
26. Dengue hemorrágico
27. Síndrome de choque de dengue
28. Fiebre equina venezolana
29. Fiebre recurrente transmitida por piojos
30. Fiebre tifoidea
31. Fiebre paratifoidea
32. Fiebre viral transmitida por artrópodos
33. Frambesia
34. Granuloma inguinal
35. Hepatitis A, B, C, D, E y otras infecciosas no especificadas
36. Infección gonocócica
37. Infecciones nosocomiales
38. Infección por virus de herpes simple

39. Infección meningocócica
40. Influenza
41. Intoxicación alimentaria
42. Leishmaniasis
43. Lepra
44. Leptospirosis
45. Linfogramuloma (venéreo) por clamidias
46. Meningitis según etiología y las no especificadas
47. Mordedura de murciélago
48. Mordedura de ofidio
49. Mordedura de perro
50. Muertes maternas y perinatales
51. Neumonías según etiología y las no especificadas
52. Paludismo (malaria)
53. Papiloma virus como causa de enfermedades
54. Parotiditis
55. Peste
56. Picadura de alacrán
57. Poliomiелitis
58. Rabia en humanos
59. Reacciones adversas a vacunas y a medicamentos
60. Rubéola y síndrome de rubéola congénita
61. Sarampión
62. Shigellosis
63. Sífilis (todas sus formas)
64. Síndrome de Guillain-Barré
65. Síndrome nefrítico agudo
66. Síndrome paralítico, no especificado (parálisis flácida aguda)
67. Tétanos, incluso el tétanos neonatal
68. Tifus
69. Tos ferina
70. Toxoplasmosis
71. Tracoma
72. Tuberculosis
73. Tularemia
74. Uretritis no especificada
75. Varicela
76. Verrugas venéreas (anogenitales)
77. Viruela
78. Violencia intrafamiliar
79. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente

ARTÍCULO CUARTO: Son problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata:

1. Botulismo
2. Cólera
3. Difteria
4. Encefalitis viral
5. Enfermedades causadas por el hantavirus
6. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)
7. Fiebre amarilla selvática
8. Fiebre amarilla urbana
9. Dengue hemorrágico
10. Síndrome de choque de dengue
11. Fiebre equina venezolana
12. Fiebre recurrente transmitida por piojos
13. Fiebre tifoidea
14. Fiebre paratifoidea
15. Infección meningocócica
16. Leptospirosis
17. Meningitis por *Hemophilus Influenzae* tipo B
18. Peste
19. Poliomiелitis

20. Rabia en humanos
21. Reacciones adversas por vacunas y a medicamentos
22. Rubéola
23. Sarampión
24. Síndrome Guillain-Barré
25. Síndrome paralítico, no especificado (Parálisis flácida aguda)
26. Tifus
27. Tos ferina
28. Viruela
29. Violencia Intrafamiliar
30. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente

La notificación inmediata debe ser hecha por teléfono, fax, correo electrónico o personalmente. Además, el encargado de la entidad de salud o quien él designe, deberá enviar posteriormente una nota dirigida al Coordinador de Epidemiología de su área, como constancia escrita.

ARTÍCULO QUINTO: Quedan obligados a notificar los problemas de salud de notificación obligatoria a la autoridad de salud más próxima o, en su defecto, a cualquier autoridad administrativa:

1. El médico que asista al paciente que sufra una enfermedad, riesgo o problema de salud de notificación obligatoria.
2. El dueño o encargado del predio en donde se presente uno de estos casos o sospecha de caso.
3. La persona responsable del enfermo o de la situación de riesgo o problema sanitario.
4. El laboratorio que establezca el diagnóstico.
5. Los veterinarios, en caso de zoonosis transmisibles al hombre.
6. Cualquier persona que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de uno de estos casos.

Los médicos y demás obligados a notificar comunicarán los casos o sospecha de casos de problemas de salud de notificación obligatoria inmediata al director de la entidad en donde laboran, tan pronto tengan conocimiento del caso.

Cuando la denuncia sea hecha ante otra autoridad administrativa, ésta la transmitirá inmediatamente a la autoridad de salud correspondiente.

ARTICULO SEXTO: La notificación de los problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata debe contener los siguientes datos básicos:

1. Nombres y apellidos de la persona sospechosa o enferma
2. Edad
3. Sexo
4. Lugar de residencia (distrito, corregimiento, sector, y lugares de referencia)
5. Nombre y apellido de la persona que notifica el caso
6. Diagnóstico probable
7. Diagnóstico confirmado, si existe
8. Lugar dónde se presume que se produjo el contagio, la exposición al riesgo o el problema de salud
9. Instalación de salud que diagnostica el caso o sospecha de caso
10. Fecha de notificación inmediata
11. Funcionario que recibió la notificación inmediata

ARTICULO SÉPTIMO: Todas las instalaciones públicas y privadas que brinden servicios de salud humana o veterinaria, están obligadas a comunicar los problemas de salud de notificación obligatoria al director regional de salud o al coordinador de Epidemiología de su región de salud.

Los Coordinadores Regionales de Epidemiología notificarán, de acuerdo a las normas programáticas vigentes, al departamento encargado de vigilancia epidemiológica, a nivel central.

ARTICULO OCTAVO: La Dirección General de Salud Pública, una vez informada de un caso o sospechosa de caso de problema de salud de notificación obligatoria, ordenará las medidas sanitarias pertinentes para el control de la enfermedad, riesgo o problema de que se trate, conforme a las disposiciones del Código Sanitario.

ARTÍCULO NOVENA: Las entidades, públicas o privadas, y los funcionarios o profesionales implicados, que infrinjan el presente decreto, serán sancionados por la Dirección General de Salud Pública, de acuerdo a la falta cometida, así:

Faltas leves: Con amonestación escrita, la primera vez, y cada reincidencia será sancionada con una multa de cien balboas (B/100.00).

Faltas moderadas: Con multas desde cien balboas (B/100.00) hasta quinientos balboas (B/500.00) y cada uno reincidencia se sancionará con el doble de la multa impuesta.

Faltas grave: Con multa desde quinientos un balboas (B/501.00) hasta mil balboas (B/1000.00) y cada reincidencia será sancionada con el doble de la multa impuesta.

ARTICULO DECIMO: Este Decreto empezará a regir desde su promulgación y deroga el Resuelto 02961 de 11 de junio de 1999 y cualquier otra disposición que le sea contraria.

Dado en la ciudad de Panamá, a los 17 días del mes de agosto del año 2001.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

MIREYA MOSCOSO R.
Presidenta de la República

DR. FERNANDO J. GRACIA. G.
Ministro de salud

Anexo 17



**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DEL SEGURO SOCIAL
E INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
FORMULARIO DE NOTIFICACION E INVESTIGACION DE PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA
(DECRETO No. 268 DE 17 DE AGOSTO DE 2001)**



REGIÓN _____ DIST _____ CORREG. _____ LOCALIDAD. _____

I IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: NO ASEGURADO ASEGURADO No.CÉD. _____ No S.S _____

NOMBRE _____ PERSONA RESPONSABLE _____

F.NAC

DIA	MES	AÑO

 EDAD

AÑO	MES	DÍA

 SEXO: M F OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN LABORAL _____ TELÉFONO _____

II DIAGNOSTICO INICIAL _____ C. SOSP C. PROB. C. CONF.

CONDICIÓN: LEVE MODERADA GRAVE ORIGEN: CASO AUTÓCTONO CASO IMPORTADO (P ó R)

FECHAS DE:	DÍA MES AÑO			SÍGNOS Y SÍNTOMAS	FECHA DE INICIO				
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO		
INICIO DE SÍNTOMAS									
DIAGNÓSTICO INICIAL									
NOTIFICACIÓN									
HOSPITALIZACIÓN									
EGRESO									
DEFUNCIÓN									

III FACTORES DE RIESGO (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL O LO(S) FACTORES RELACIONADOS AL PROBLEMA DE SALUD)

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|
| 1. TRABAJADOR(A). DEL SEXO | 7. TRANSMISIÓN. PERINATAL | 13. DESNUTRIDO I II III | 19. INGESTA O CONTACTO CON SUST. TÓXICAS |
| 2. TRANSFUSIÓN | 8. PRESENCIA DE ROEDORES | 14. VIAJE A AREA ENDÉMICA | 20. MALA DISPOSICIÓN DE AGUAS SERVIDAS |
| 3. H. S. H. | 9. LIMPIEZA LOCAL CERRADO | 15. CONTACTO DE CASO CONF. | 21. MALA DISPOSICIÓN DE BASURAS |
| 4. HETEROSEXUAL PROMÍSCUO | 10. CRIADERO DE MOSQUITOS | 16. ALIMENTOS CONTAMINADOS. | 22. CASA SIN: a MALLAS b LUZ ELECT. Y c. AGUA POT. |
| 5. HEMOFÍLICO | 11. NO VACUNADO | 17. PRES. ANIMALES MUERTOS | 23. MORDEDURAS DE ANIMALES: A. OFIDIO |
| 6. USUARIOS DE DROGAS I. V. | 12. OCUPACIONAL | 18. INGESTA AGUA NO POTABLE | B. MURCIÉLAGO C. PERRO D. OTRAS _____ |

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

EMBARAZADA: SEM. GESTACIÓN CONTROL PRENATAL NO SI No. DE CONTROLES

HIST. OBSTETRICA G ___ P ___ A ___ C ___ VDRL: NO SI VDRL DILUCIONES VIH: NO SI

IV. HISTORIA VACUNAL. (Registrar última fecha de vacuna aplicada relacionada a la enfermedad notificada)

1. SARAMPIÓN 1 2 R 2. MMR 1 2 3 BCG RN 4. PENTAVALENTE 1 2 3 5. POLIO. RN 1 2 3 1R 2R 6. DPT 1 2 3 1R 2R
7. DT 1 2 1R 2R 8. HEPATITIS B RN 1 2 1R 9. F. AMARILLA 1 RV 10. RABIA PRE EXP POS. EXP. 11. TETRAVALENTE 1R
12. MR 1 R 13. OTRAS VACUNAS _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS _____

VACUNACIÓN COMPLETA DE ACUERDO A LA EDAD SI NO

V MUESTRAS, FECHAS Y RESULTADOS (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MUESTRA(S) TOMADA(S))

A TIPO DE MUESTRA	1. SANGRE	2. ORINA	3. HISOP. FARING	4. HECES	5. L.C. R.	6. TEJIDO	7. SECREC. HERIDA	8. OTRAS
B. FECHA DE TOMA								
C. FECHA RESULT.								

D. RESULTADOS (si se dispone) _____

VI MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MEDIDA(S) APLICADA(S))

- | | | | |
|------------------------|----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. AISLAMIENTO | 5. CONTROL DE PLAGAS | 9. ELIM. CRIADEROS MOSQUITOS | 13. QUIMIOPROFILAXIS AL CASO |
| 2. BUSQ. BACILÍFEROS + | 6. CONSEJERÍA | 10. FUMIGACIÓN | 14. QUIMIOPROFILAXIS A CONTACTOS. |
| 3. BUSQ. DE FEBRILES | 7. DESINFECCIÓN | 11. INSPECCIÓN SANITARIA | 15. VACUNACIÓN AL CASO |
| 4. CHARLAS | 8. DISP. DE RESIDUOS | 12. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS | 16. VACUNACIÓN PERIFOCAL |

OTRAS MEDIDAS (ESPECIFIQUE) _____

VII INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS

G. EDAD	# Investigados	# Sintomáticos	# Tratados
< 5 AÑOS			
>= 5 AÑOS			
TOTAL			

NÚMERO DE VIVIENDAS VISITADAS

VIII DIAGNÓSTICO FINAL

CRITERIO DE VIGILANCIA
CASO: CONFIRMADO PROBABLE SOSPECHOSO

CRITERIO(S) DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO(S)
CASO: CLÍNICO DE LABORATORIO EPIDEMIOLÓGICO

FECHA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE LLENA EL FORMULARIO _____ CARGO _____

***Enfermera objeto del Reglamento
Sanitario Internacional***

VIRUELA (B03)
POLIOMIELITIS POR POLIOVIRUS
SALVAJE
GRIPE HUMANA POR NUEVO SUB
TIPO DE VIRUS
SINDROME RESPIRATORIO AGUDO
SEVERO (SARS)

***Enfer. Objeto de Vigilancia
Internacional***

DENGUE CLASICO (A90)
DENGUE HEMORRÁGICO (A91)
SINDROME FEBRIL HEMORRÁGICO
MALARIA (B50 – B54)
TIFUS (A75)
FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)
PARALISIS AGUDA FLACCIDA <15a
SINDROME DE GUILLAN BARRE
INF. MENINGOCOCICA
FIEBRE RECURRENTE (A68.0)
• SIDA (B24)
• SIFILIS CONGENITA (A50.X)
& MUERTE MATERNA

INTOXICACIÓN POR:
ORG. CLORADO (T53.6-T53.7-T53.9)
DETERGENTE Y JABONES (T55)
PLOMO Y COMP. (T56.0)
MERCURIO Y COMP.(T56.1)
ARSENIO FOSFORO Y COMP. (T57.X)
PLAGUICIDAS (T60.X)

***Enfermedades
Inmunoprevenibles***

SARAMPIÓN (B05.X)
DIFTERIA (A36.X)
TOSFERINA (A37.0)
TETANOS (A33 – A35)
PAROTIDITIS (B26.9)
RUBEOLA (B06.9)
RUBEOLA CONGENITA (P35.0)
MENINGITIS POR HEMOPHILUS
INFLUENZAE (G00.0)
TUBERCULOSIS (A15.X - A19.X)

***Todas las Situaciones de
Brote y Epidemias en
Especial:***

INTOX. ALIMENTARIA (A05.9)
BOTULISMO (A05.1)
ENCEFALITIS (G04.9)
MENINGITIS VIRAL (A87.X)
HEPATITIS TIPO A (B15.9)
HEPATITIS TIPO B (B16.9)
HEPATITIS TIPO C (B17.1)
HEPATITIS N.E. (B19.9)

NOTA:

- NO PONER NOMBRE Y
APELLIDO
& DE LA INSTITUCION Y
COMUNIDAD

Anexo 19

EL CICLO DE LA GESTIÓN DE RIESGO
FASES DE LA GESTION DE RIESGO Y ACCIONES A PLANIFICAR IMPLEMENTAR EL
POR, PARA SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

FASES	ACCIONES
<p align="center">(ANTES)</p> <p>I. ANÁLISIS DE RIESGO, PREVENCIÓN, MITIGACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA, ALERTA:</p> <p>Período que transcurre desde antes del impacto hasta la aparición de los primeros efectos del desastre, incluye la ETAPA DE ALERTA, que se establece ante las amenazas inminentes, de origen natural o provocadas por el hombre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELABORACION DE MAPAS DE AMENAZAS Y MAPAS DE RIESGO. ▪ EDUCACION Y CAPACITACION EN DESASTRES ◆ ORGANIZACIÓN ◆ COORDINACION: IntraInstitucional <p>Extrainstitucional:</p> <p>Intersectorial</p> <p align="right">Extra- sectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ PREPARACION PARA LA RESPUESTA ◆ REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD IDENTIFICADA
<p align="center">(DURANTE)</p> <p>II. RESPUESTA</p> <p>Período que se inicia desde el momento en que se manifiestan los primeros efectos del desastre y se extiende hasta cuando se inicia la labor de restauración de daños. Su efecto depende del tipo y magnitud del evento adverso y se caracteriza por ser una etapa de confusión, por la suspensión del funcionamiento de las líneas vitales (energía eléctrica, el agua y las líneas telefónicas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ RESPUESTA COMUNITARIA EN LAS PRIMERAS HORAS. ◆ ACTIVACIÓN DE LOS PLANES DE DESASTRES PREVIAMENTE ELABORADOS. ◆ BÚSQUEDA Y RESCATE DE LAS VÍCTIMAS. ◆ TRIAGE Y TAGIN. ◆ ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS ESTABILIZADORAS TRANSITORIA S.
<p align="center">(DESPUÉS)</p> <p>III. RECUPERACIÓN (REHABILITACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN)</p> <p>Se inicia a partir del inicio de las labores de restauración de los daños generados por el desastre y puede durar hasta varios años, dependiendo de su severidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ REESTABLECIMIENTO DE LAS INFRAESTRUCTURAS SEGÚN NORMAS Y POLÍTICAS DEL ESTADO. ◆ SE EJECUTAN E IMPLEMENTAN MEDIDAS TRANSITORIAS: (Albergues de paso y/o temporales) y las definitivas. ▪ SE EJECUTAN E IMPLEMENTAN MEDIDAS

Anexo 20

Pasos que se han de seguir para la elaboración de los Planes Operativos de Respuesta (POR), para situaciones de emergencias y desastres.

Definición

Los preparativos para una situación de desastre implican al conjunto de acciones orientadas a planificar, organizar y mejorar la capacidad de respuesta frente a sus probables efectos. Estas acciones incluyen la realización de planes de contingencia entendidos como un documento normativo que describa los riesgos, los actores y sus responsabilidades frente a la ocurrencia de eventos.

Pasos que se han de seguir para formular el plan operativo de respuesta para desastres

- a) Análisis de situación
- b) Hipótesis
- c) Objetivos y metas
- d) Organización Operativa
- e) Roles y responsabilidades.
- f) Capacitación
- g) Evaluación

Descripción del proceso para elaborar los planes

Análisis de situación

- a) Análisis de amenazas
- b) Análisis de vulnerabilidad
- c) Capacidad Operativa
 - ❑ Recursos humanos
 - ❑ Infraestructura y equipamiento
 - ❑ Insumos críticos

En este apartado deben identificarse las zonas vulnerables a desastres, estableciendo el área geográfica, la población total y la infraestructura de salud (Anexar un croquis y un esquema con la instalación de salud y sus accesos).

En el inicio de una contingencia biológica se debe ejecutar la totalidad de las medidas de control con la intención de bloquear el brote. Es necesario definir las enfermedades que se utilizarán como trazadoras de daños, para identificar las acciones de prevención y reparación ante diversos grados de intensidad del fenómeno. Por ejemplo, la respuesta integrada para SARS / Pandemia de influenza se podría utilizar como trazador de daños para una contingencia de bioterrorismo.

Hipótesis

Elaboración de hipótesis más probables:

- Tipo de fenómeno adverso
- Magnitud, intensidad, momento
- Listado de daños posibles
- Cálculo de demanda máxima

En este momento es necesario diseñar mapas de riesgo que permitan identificar zonas geográficas de ocurrencia de potenciales desastres, teniendo en cuenta los 7 posibles riesgos asociados, análisis de vulnerabilidad y los recursos existentes disponibles para la emergencia.

3.3 Objetivos y metas

Debe contemplarse:

- Viabilidad
- Prioridades
- Cobertura
- Resultado esperado

3.4 Organización

- Organigrama Operativo de la instalación/ región de salud

- Comité de Desastres Local de la instalación
- Niveles de autoridad para el mando y control
- Agrupación por áreas de responsabilidad y/u operaciones

Debe organizarse un CODEL a nivel local para diseñar, implementar y conducir el plan operativo de respuesta a desastres de la instalación de salud ante los efectos del evento adverso, que conforman el perfil de riesgo del área de responsabilidad sanitaria de la instalación.

En esta instancia, el sector salud local asume la responsabilidad del tratamiento de las víctimas en el ámbito prehospitalario y hospitalario, la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades, el saneamiento básico y la ingeniería sanitaria, la supervisión de la atención de la salud en los centros de evacuados, los recursos y apoyos logísticos en coordinación con todas las instancias competentes a nivel estatal, privado y de la sociedad civil.

3.5 Roles y responsabilidades

Asignación de roles:

- ¿Quién hace qué?
- ¿Cuándo?
- ¿Cómo?
- ¿Con qué?

3.6 Capacitación

Se identifican tres ejes sobre los cuales se debe capacitar:

- Misión, visión, propósito, objetivos y estrategias del plan.
- Formación de los Comités de Desastres.
- Diseminación de planes de contingencia.

3.7. Evaluación

La evaluación y actualización de los planes de contingencia se realiza especialmente durante los periodos en lo que no se producen situaciones de emergencia. A tal fin, es necesaria la realización de simulacros que permitan poner a prueba la puesta en marcha del plan en condiciones de campo simuladas.

VI. Guía para la elaboración del contenido de los planes operativos de respuesta.

CONTENIDO DEL PLAN OPERATIVO PARA SITUACIONES DE DESASTRES

1. Descripción de la Instalación:

- a. Nombre de la Unidad Ejecutora
- b. Ubicación
- c. Servicio prestado (Consulta Externa, Atención Hospitalaria, Mixto).
- d. Nivel de complejidad de la Instalación (1º, 2º o 3er. Nivel).

2. Formación del Comité Local en situaciones de Desastres.

Lo conforman los jefes o encargados de las áreas técnico-operativas que existan en la instalación de salud, ejemplo:

- a. Director (a) Médico de la instalación (Quien lo preside)
- b. Jefe (a) de Enfermería
- c. El Administrador (a)
- d. Jefe (a) de Registros Médicos
- e. Jefe (a) de Farmacia
- f. Jefe (a) del Cuarto de Urgencia
- g. El Coordinador Local del SISED (que asesora al Comité)
- h. Jefe(a) de Laboratorios
- i. Cualquier otro funcionario con responsabilidad sobre algún área operativa de la instalación.

3. Recursos de la Instalación:

- a. Humanos
- b. Físicos
- c. Equipo
- d. Transporte
- e. Comunicación
- f. Suministros de materiales e insumos
- g. Alimentación y Ropa
- h. Líneas vitales
- i. Sistemas de Alarmas y detección de incendios
- j. Presupuesto para contingencias

4. Funciones del Personal:

- a. Director Médico
- b. Subdirector Médico
- c. Odontólogos. Asistentes Dentales
- d. Enfermeras. Auxiliares
- e. Laboratoristas
- f. Personal de Seguridad
- g. Administrativo
- h. Otro personal

5. Parámetros para la elaboración de los Turnos de Contingencia.

6. Diseño y estructuración del Plan:

- a. Jefatura
- b. Confección de turnos de 24 horas
- c. Centro de Información, Transmisiones, Comunicaciones
- d. Medicamentos esenciales
- e. Recursos mínimos requeridos
- f. Confección de Croquis de la Unidad Ejecutora determinando:
 - Área de entrada
 - Área de Salida
 - Área de Ubicación de la Ambulancia
 - Área de clasificación de heridos: Triage
 - Área de observación de los pacientes
 - Área de cuidados inmediatos

7. Plan de acción y los procedimientos operativos normales (PON).

8. Plan de Evacuación de la Institución.

9. Servicios de Apoyo

- a. Insumos
- b. Comida
- c. Agua, gas y energía eléctrica
- d. Materiales
- e. Seguridad

8. Coordinación Inter-institucional:

- a. Otras Instituciones del Sector Salud (Centros de Salud, IDAAN y MIDA).
- b. Bomberos
- c. Cruz Roja
- d. Fuerza Pública

- e. Otros (grupos cívicos, la Iglesia y clínicas privadas)
7. Divulgación del Plan al personal que labora en la Institución.
 8. Ejercicios de simulacros y / o simulación del Plan de Desalojo y del Plan Operativo de la Instalación en caso de desastres.

**DESARROLLO DEL INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN
DEL PLAN OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN EN SITUACIÓN
DE DESASTRES DE LA UNIDAD EJECUTORA LOCAL.**

1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTALACIÓN.

- a. Anotar el nombre de la Institución.
- b. Delimitar la ubicación exacta de la instalación o unidad ejecutora.
- c. Sus calles de acceso.
- d. Su proximidad a fuentes de agua en caso de incendio.
- e. Se debe hacer un mapa del área de responsabilidad sanitaria de la Unidad Ejecutora, (Sector) y señalar en él la ubicación de la instalación.
- f. Este mapa debe colocarse en un lugar visible a todo el personal.
- g. Especificar los servicios que brindarán por parte de la Unidad Ejecutora tomando en cuenta los recursos disponibles (su capacidad de resolución; complejidad.).
- h. Confeccionar listado de otras Instalaciones de Salud que se encuentren dentro del área sanitaria (centro de salud, clínicas privadas, policentro y subcentros, hospitales, y otros.).

2. FORMACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE DESASTRES:

- Consignar el listado de los integrantes del Comité de Desastres.
- Este entrará en funciones y se reunirá periódicamente para elaborar el Plan Operativo en caso de desastres.
- Una vez concluido el Plan Operativo para casos de Desastres realizará funciones de organización, dirección y control para su implementación y divulgación a nivel local, hasta que el personal y los privados de libertad estén lo suficientemente capacitados en la aplicación del plan operativo para casos de desastres y del Plan de Desalojo de la Instalación.
- También será responsable de las evaluaciones periódicas de ambos planes, para su adecuación y actualización, que garanticen su vigencia.

3. RECURSOS DE LA INSTALACIÓN:

- a. Realizar el inventario del **recurso humano** disponible para la atención sanitaria y del personal administrativo, especificando su número, de acuerdo a la actividad laboral que realizan o tienen asignada en la instalación, su domicilio y su relación de proximidad a la instalación. Si es posible, incluir aptitudes complementarias del personal que pudiesen requerirse en situaciones de emergencia y desastres (ejemplo: radio aficionados, voluntarios de la Cruz Roja, SINAPROC y el Cuerpo de Bomberos con entrenamiento básico de primeros auxilios, búsqueda y rescate de víctimas, que brindan estos organismos a sus integrantes).
- b. Describir el **recurso físico y funcional** existente (consultorios de especialidades, cubículos, salas de espera, cuarto de urgencias, quirófanos, rayos x, etc.) y definir su utilización y funciones en casos de desastres. Ejemplo: utilizar el cubículo de Trabajo Social como centro de Información si lo permitiera su ubicación, la sala de espera de la consulta externa para realizar el triage de las víctimas, el sitio que funcionará como morgue provisional, etc.
- c. El inventario de los **equipos** existentes (camillas de movilización, camillas de examen, sillas de ruedas, bandejas quirúrgicas, equipo de rayos X, etc.). En este renglón se debe incluir la existencia de equipos de apoyo para manejo de situaciones de desastres tales como extintores de incendios, indicando su especificidad, vigencia y caducidad y si el personal sabe cómo usarlos en caso necesario.
- d. Disponibilidad de **transporte**, con el número de ambulancias y su categoría (que define su complejidad y capacidad de respuesta, si son tipo I, II o III). Consignar cualquier otro tipo de vehículo disponible en la instalación. Incluir la información sobre los conductores asignados a estos transportes.

- e. A nivel de **comunicaciones**, registrar la existencia y la forma del acceso telefónico, cantidad de líneas directas y los números que les corresponden, o si están conectados a través de una central telefónica con operadora. Anotar la disponibilidad de equipo de radiocomunicación de base y portátil, a nivel de la instalación y en los vehículos y ambulancias; si es así, cuál es la frecuencia en que opera y cuántas son las personas que conocen su manejo.
- f. Señalar el manejo de **los suministros de materiales e insumos** de la unidad ejecutora, si cuenta con su propio sistema de esterilización de los materiales y equipo o depende de otra instalación, si se cuenta con los materiales necesarios para atención de víctimas en masa (férulas, gasas, vendajes, sueros fisiológicos, jeringuillas, cánulas, etc.).
- g. La fuente de suministro de **alimentación y ropa** para el personal y los pacientes que regularmente maneja la unidad ejecutora y cuáles serían las alternativas para la atención de víctimas en masa y en condiciones de situación de desastres.
- h. El plan debe consignar la existencia o no de recursos alternos en caso de colapso de las **líneas vitales básicas** de agua, luz eléctrica y gas (si posee cocina); es decir, se tiene que señalar si se cuenta con tanque de reserva de agua; si es así, de cuántos galones; si cuentan con planta eléctrica para el suministro alternativo de energía eléctrica y de ser así cual es su capacidad, tiempo en que puede funcionar de manera continua si fuese necesario y las áreas y servicios que se suplirían de esta fuente de energía en condiciones críticas de emergencia y/o desastre.
- i. Otro recurso fundamental en toda instalación, sea de salud o no, son **los sistemas de detección de incendios y de alarma para el desalojo**, pero no debemos limitarnos a indicar si existen o no, además hay que considerar la eficacia y efectividad de estos sistemas y si están disponibles para todas las áreas de actividad laboral de la instalación. Considérense alternativas de alarmas en caso de colapso del fluido eléctrico.
- j. Disponibilidad de un **presupuesto para situaciones de contingencias**, el cual debe formar parte del presupuesto operativo de la instalación o unidad ejecutora, para hacerle frente inicialmente a los requerimientos que surgen repentinamente como consecuencia de estos eventos.
- k. Algunos **otros recursos mínimos** adicionales. Por ejemplo: el contar con puertas cuyas cerraduras funcionen apropiadamente, pasillos despejados en caso de desalojo, candados con llaves cercanas, un sistema de vigilancia para preservar los bienes y la integridad de la instalación y de las personas que en ella laboran y de las que acuden a recibir sus servicios y las que fuesen establecidas por el Comité Local de Desastres de acuerdo a las necesidades particulares de cada instalación en las distintas regiones del país.

4. FUNCIONES DEL PERSONAL:

Al equipo de salud le corresponde poner en práctica el desarrollo y ejecución del plan mediante unidades, secciones o servicios a los cuales se les han asignado previamente funciones definidas. Estas unidades están constituidas por personal médico, paramédico y de los servicios de apoyo, reforzado debidamente por la rama administrativa, y su campo de acción puede ser en la instalación o fuera de ella.

En el Plan se deben describir las funciones específicas que tendrán cada una de las personas que laboran en la Unidad Ejecutora y el área de responsabilidad que les corresponda ante situaciones de emergencia y/o desastres. Ejemplo: El jefe del servicio de cirugía se encargará de hacer el Triage en el área de ingreso a la instalación de las víctimas, el control clínico de las áreas de tratamiento estará a cargo del personal de la consulta externa en turno.

Utilizar la modalidad del casillero con las funciones del personal en situaciones de emergencias y desastres, método consistente en anotar las funciones de cada uno en una tarjeta que se manda a plastificar y al momento en que el funcionario se apersona a la instalación, se le hace entrega de la correspondiente tarjeta, la cual mantiene colgando, de forma tal que permite que los demás funcionarios conozcan de la actividad que se le ha asignado previamente. De esta forma, el administrador para desastres puede realizar más fácilmente la distribución de las tareas.

5. PARÁMETROS QUE SE HAN DE CONSIDERAR PARA LA ELABORACIÓN DE LOS TURNOS DE CONTINGENCIA.

- a) Su elaboración es responsabilidad de cada Jefe de Departamento.
- b) Debe considerar a la totalidad de los funcionarios a su cargo.

- c) Tomar en cuenta la accesibilidad (disponibilidad de medio de transporte) y proximidad a la Unidad Ejecutora de los Funcionarios.
- d) Deberá garantizar un óptimo funcionamiento técnico Administrativo del Departamento o Servicio.
- e) Considerar hasta donde sea posible el nivel de conocimiento y capacitación del funcionario en materia de desastres.
- f) Reconocer aptitudes, destrezas y/o limitaciones e impedimentos de cualquier índole que presenten los funcionarios.
- g) La información de parte de los funcionarios debe ser fidedigna y debe ser manejada y archivada de forma confidencial.
- h) Una vez confeccionada la lista de los turnos de contingencia, ésta debe ser:
 - h.1. Notificada a todos y cada uno de los funcionarios.
 - h.2. Incorporada al Plan de Contingencia de la Unidad Ejecutora.
 - h.3. Actualizada por cambios en el Recurso Humano y/o la Organización Laboral de la instalación.

6. DISEÑO Y ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN

- a. **La misión principal del plan** es la de prestar atención sanitaria, de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutoria de la instalación, a todas las víctimas o heridos que lo requieran como consecuencia de la situación de desastre interno (dentro de la instalación de salud) y/o externo (en el entorno geográfico de la instalación) ocurrida.
La operación consistirá en encauzar el esfuerzo de la Unidad de Atención Sanitaria a la recuperación del paciente proveniente de las circunstancias expuestas, por lo cual resulta fundamental que todos los que laboran en la instalación conozcan claramente la función y responsabilidad que les corresponde en la ejecución del Plan, las cuales deben ser establecidas con antelación a la ocurrencia de un desastre.
- b. **La activación del Plan.** Ante el aviso de la situación de Desastres la persona que recibe el informe debe indagar a quién está llamando, acerca de:
 - 1) Naturaleza del desastre.
 - 2) Localización del desastre.
 - 3) Número de casos que serán enviados a la instalación sanitaria.
 - 4) Posible hora de llegada de las víctimas.
 - 5) Método de llegada (ejemplo: ambulancia, helicóptero, otros).
 - 6) Número del teléfono de la persona que da la información telefónica.

Se hará la notificación de que el plan de desastre ha entrado en acción después que lo ordene una de las personas autorizadas para hacerlo, lo cual debe aparecer claramente descrito en el Plan.

Es importante que el personal también conozca acerca del sistema de las alertas para su convocatoria ante la previsión y/u ocurrencia repentina de una situación de desastre.

- c. Determinar los criterios para **la instalación del Centro de Operaciones para la Emergencia (COE)**: Ubicación, integrantes, líneas de mando o de autoridad (Organigrama funcional), recordar que quien lo preside es el Director Médico o quien jefature la instalación.
- d. **Confeccionar los turnos** que tendrá el personal para brindar atención en situaciones **de contingencia y desastres**, los cuales tendrán una periodicidad **de 12 horas**, garantizando la asistencia sanitaria para las primeras 24 horas de la emergencia. **Los responsables de**

elaborarlos son los jefes de los departamentos y servicios que funcionan en la instalación.

- e. **Preparar lista del personal que labora en la instalación**, incluyendo su número telefónico, dirección y la identificación del cargo o función que desempeña y su rol en el plan operativo en caso de emergencia y/ o desastres. En caso de que algún funcionario viva fuera del sector de la Instalación de Salud, determinar si acudirá a la Unidad Ejecutora ubicada más cerca de su residencia o comunidad.
- f. Instituir la manera **como se realizará la comunicación** en caso de faltar el fluido eléctrico o de que se produzca una interrupción en las líneas telefónicas.
- g. En caso de cierre de calles, definir **vías alternas** que se puedan utilizar, para acceder a la instalación y para el traslado de víctimas, en caso necesario.
- h. Confeccionar la **lista con los medicamentos esenciales** para situaciones de emergencia y desastres.
- i. Definir el recurso de **materiales e insumos**, mínimos requeridos.
- j. Acordar **la distribución de las áreas físicas** para: realización del triage ubicación de las víctimas clasificadas (área verde, amarilla, roja, etc.), la morgue temporal, el centro de información, puesto de radiocomunicaciones (señalarlas en el croquis de la instalación).
- k. Reglamentar el manejo del **personal voluntario** que se haga presente durante la emergencia.

7. PLAN DE ACCIÓN Y LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS NORMALES (PON)

En este componente se describen de forma concreta los procedimientos para ejecutar el Plan Operativo de Respuesta, destacando los procedimientos básicos o esenciales que de manera regular se tienen que realizar para la implementación del plan, en el formato para los "Procedimientos Operativos Normales (PON)", ejemplo:


7.1. En casos de emergencias y/o desastres externos:

- ✓ PON para la activación del plan operativo de respuesta.
- ✓ PON para la convocatoria e instalación del Comité Local de Desastres y del puesto de mando institucional, nacional, regional y local.
- ✓ PON para la convocatoria del equipo de respuesta inmediata (ERI), y el personal de primera llamada.
- ✓ PON para establecimiento de un Centro de Atención y Clasificación de Heridos (CACH), en caso de víctimas en masa.
- ✓ PON para el manejo del triage.
- ✓ PON para el manejo de cadáveres

7.2. En casos de emergencias y/o desastres internos (que comprometan la infraestructura) de la instalación de salud:

- ✓ PON para la notificación de la amenaza o evento y activación del CODEL.
- ✓ PON para análisis de escenario y activación o no de la alarma para evacuación.
- ✓ PON para activación de las brigadas para evaluación y control del escenario.
- ✓ PON para la evacuación en situación de eventos predecibles (amenaza de bomba, amenaza de inundación, deslizamientos, terrorismo etc.).
- ✓ PON para la evacuación en eventos súbitos (incendios, terremotos, etc.).
- ✓ PON para el retorno a la instalación

7.3. El formato para la elaboración de los procedimientos operativos normales del plan de respuesta (ver el modelo).

	Denominación: Nominación de la acción que se está protocolizando	PON N° 1
	Procedimiento Operativo: Activación del Plan	Área: CODEL
Responsable: El que responde por el cumplimiento del procedimiento.		
ALCANCE: Lo que es lo que se pretende lograr con los procedimientos abajo descritos.		
PASOS: ¿ Cómo se hace? y ¿Qué se hace? Ejemplo:		
<p>1. Al recibir la llamada de auxilio el operador deberá indagar toda la información que sea necesaria a fin de establecer con precisión la magnitud, implicaciones del evento y el tipo de auxilio que se requiere. (Ver Anexo No. 1.1: Boleta para recolección de datos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifique la naturaleza del evento de que se trata (ver Manual de Entrevista, Anexo No. 1.2) • Verificar si existe presencia de otros servicios en el sitio y de cual (es) se trata (n). • Identifique geográficamente el sitio: calle, avenida, números de casa si es posible, lugares de referencia, etc. • Identifique las consecuencias y compromiso del evento. • Existencia de víctimas, ¿cuántas?, ¿dónde se encuentran? y ¿qué tipo de traumas tienen? 		
REGULACIONES ESPECIALES: Aquí se coloca, alguna observación importante para la aplicación del PON		
<ul style="list-style-type: none"> • Toda respuesta a eventos deberá ejecutarse basada en información debidamente confirmada. • Toda solicitud de asistencia de un evento debe ser registrada en el libro de novedades. 		
DEFINICIONES: Se define algún concepto que pudiera ser confuso en la interpretación y aplicación del PON		
Libro de novedades (Bitácora)	Instrumento digital o manual para registrar información de un evento, así como para anotar novedades.	
ANEXOS:	Para referir a alguna parte del documento vinculado con el tema del PON	
No. 1.1	Boleta para recolección de datos.	
No. 1.2	Manual de entrevista.	
No. 1.3	Directorio institucional.	

8. PLAN DE EVACUACIÓN Y RETORNO DE LA UNIDAD EJECUTORA.

Solicitada previamente la evaluación de la infraestructura, a la Oficina de Seguridad de los Bomberos, el Comité Local de Desastres plasmará por escrito su propuesta para el desalojo de la instalación, cuando así fuese necesario.

Dicha propuesta se hará efectiva con:

- La colocación de las señalizaciones respectivas, indicando la dirección por seguir al momento de evacuar el edificio.
- La difusión del plan de evacuación a todos los funcionarios que laboran en la instalación.
- La confección de un panfleto de bolsillo con las recomendaciones e indicaciones por seguir al momento de realizar el desalojo del edificio.
- La selección del área destinada para la ubicación de las personas que son desalojadas del edificio en un momento dado, las cuales deben agruparse de acuerdo a sus sitios de trabajo, para detectar de esta manera, con prontitud, la ausencia de alguno de los funcionarios.

9. SERVICIOS DE APOYO.

Se describe, entre otras cosas, la forma en que la Unidad Ejecutora obtendrá:

- los insumos necesarios para el manejo de los desastres.
- La comida para los funcionarios de turno y los pacientes que sean hospitalizados.
- Áreas de descanso para el personal de turno.

- Prever el corte del suministro de agua y las posibles fuentes alternas de suministros.
- Manera en que se garantizará la seguridad a lo interno y en el perímetro que rodea a la instalación.
- Considerar una fuente alterna de energía para áreas críticas

10. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

Convenir la forma en que se realizarán las distintas coordinaciones con los organismos involucrados en las acciones de prevención, mitigación, preparación para la respuesta y atención de situaciones de desastre.

El funcionario encargado de enlace extra-institucional debe ser el Director Médico o el responsable de la instalación.

11. DIVULGACIÓN DEL PLAN OPERACIONAL EN SITUACIÓN DE DESASTRES A TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD EJECUTORA.

Una vez que el plan ha sido revisado y aprobado por el Comité, se debe proceder a su reproducción. La edición debe ser sencilla y facilitar el retiro o adición de hojas de acuerdo con las revisiones que se hagan.

- El plan debe ser distribuido a todos los funcionarios del hospital, analizado y discutido en reuniones por departamentos. Además se debe precisar el mecanismo administrativo por el cual se entregará el documento a los nuevos empleados y la estrategia utilizada para integrarlos al programa.
- El plan debe ser probado periódicamente por medio de simulaciones y/o simulacros, los cuales deben ser evaluados. A partir de dichas evaluaciones se debe proceder a la actualización del mismo.
- El plan y los ejercicios de preparación deben involucrar siempre a la comunidad y los medios de comunicación masiva con el fin de que el público esté informado acerca de los preparativos realizados y se logre una utilización racional de los servicios.⁶
- La divulgación del Plan de Contingencia a todos los funcionarios es de vital importancia para que éste sea eficiente y eficaz al momento de ser ejecutado.

12. CON POSTERIORIDAD A LA DIVULGACIÓN DEL PLAN DEL PERSONAL DE LA UNIDAD EJECUTORA, ÉSTE DEBE SER ENSAYADO MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE SIMULACROS O SIMULACIONES.

Recomendación realizar lo siguiente:

- a. Primeros Auxilios y Exposición del Plan Personal de la Unidad Ejecutora.
- b. Ejercicio de evacuación (ambas fases con aviso y sin aviso).
- c. Realizar evacuación post-ejercicio y determinar los problemas encontrados.
- d. Proponer las recomendaciones consecuentes y aplicar los correctivos necesarios
- e. Mantener una evaluación periódica que permita la introducción de ajustes que posibiliten la optimización del recurso disponible.
- f. Explicar al personal el método de TRIAGE para clasificar heridas.
- g. Organizar Cursos de RCP, para el personal.

Estos ejercicios pueden ser Coordinados con el Cuerpo de Bomberos de la Comunidad, la Fuerza Pública, SINAPROC del Nivel Local y con el asesoramiento de la Coordinación de la Jefatura Nacional del SISED.

El ensayo del Plan en caso de Desastres permite introducir correctivos sobre la base de la experiencia y refuerza en cada funcionario el rol que le corresponde.

Los correctivos que se introduzcan deberán ser divulgados al personal y todo el personal nuevo que se incorpora a la Unidad Ejecutora debe ser capacitado.

13 Anexos

Se coloca toda la documentación de referencia, consulta y apoyo para la implementación del plan, ejemplo: directorio telefónico de los funcionarios, directorio telefónico de las entidades de coordinación, listado de insumos y medicamentos básicos, flujograma de información y otros.

Reconocimientos

Para la elaboración de las normas, se desarrollaron una serie de reuniones y talleres de revisión y actualización de la información, con el equipo técnico del nivel nacional responsable de las mismas.

Luego se finalizó con la validación del documento, proceso que permite aumentar el grado de fiabilidad, consistencia, precisión, funcionalidad y utilidad del documento.

En la actividad de validación se verificó: la corrección e integridad de los datos y el entendimiento compartido de los mismos.

ARTÍCULO SEGUNDO: Señalar que las Normas Técnico Administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad, servirán de guía en los aspectos normativos, técnicos y administrativos, en materia de salud integral para esta población, en las clínicas del Sistema Penitenciario.

ARTÍCULO TERCERO: El Ministerio de Salud deberá proveer los servicios de salud, siguiendo las Normas Técnico Administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad, en las clínicas del Sistema Penitenciario.

ARTÍCULO CUARTO. Dar seguimiento a las normas técnico administrativas de atención de salud para la población adulta y adolescente privada de libertad, en las clínicas del sistema penitenciario, mediante las direcciones y los departamentos de Provisión de Servicios de Salud de cada región sanitaria y se vigilará la ejecución de las normas, mediante los departamentos de Salud Pública de cada región sanitaria, en conjunto con el departamento de salud del sistema penitenciario del Ministerio de Gobierno y Justicia. El Nivel Central del Ministerio de Salud y del Ministerio de Gobierno y Justicia darán seguimiento a las unidades administrativas antes señaladas.

ARTÍCULO QUINTO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Ley 55 de 30 de julio de 2003, Convenio de Gestión Interinstitucional del 25 de agosto de 2009.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

FRANKLIN J. VERGARA J.
Ministro de Salud