

**RESOLUCIÓN CONJUNTA 10/2013 Y 77/2013**

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y

Ministerio de Salud

Buenos Aires, 23/1/2013.

Fecha de publicación: B.O. 30/01/2013.

VISTO el Expediente N° S04:0050146/2012 del registro del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, la Ley de Ministerios (t.o. 1992) y sus modificatorias, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos (artículo 75, inciso 22 de la CONSTITUCION NACIONAL), la Ley N° 24.660, los Decretos Nros. 1343 del 4 de octubre de 2007, 457 del 5 de abril de 2010 y 8 del 6 de enero de 2011, la Resolución Conjunta del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y el MINISTERIO DE SALUD Nros. 1075 y 1128 del 27 de julio de 2011, la Resolución M.S. N° 1009 del 4 de julio de 2012 y los Convenios de Colaboración y Provisión ex M.J.S. y D.H. N° 912 del 23 de setiembre de 2009, ex M.J.S. y D.H. N° 1087 del 3 de mayo de 2010 y M.J. y D.H. N° 1301 registrado el 17 de julio de 2012, y

**CONSIDERANDO:**

Que en el marco de las políticas públicas de inclusión impulsadas por el GOBIERNO NACIONAL, la protección de derechos de las personas privadas de libertad es uno de los ejes centrales de la gestión de los MINISTERIOS DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y de SALUD DE LA NACION.

Que el derecho a la salud se encuentra reconocido con jerarquía constitucional en el artículo 75, inciso 22 de la CONSTITUCION NACIONAL, por la incorporación del PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.



Que en la actualidad posee vigencia en la REPUBLICA ARGENTINA un fecundo plexo de instrumentos internacionales universales y regionales de Derechos Humanos, muchos de ellos con jerarquía constitucional, que constituyen la base normativa del derecho a la salud, el cual en nuestro país se encuentra ampliamente protegido.

Que en tal sentido, la DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS establece en su artículo 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”. Por su parte la DECLARACION AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE HOMBRE en su artículo XI establece que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Que asimismo, el PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES establece en su artículo 12, inciso 1, que “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y el inciso 2 del mencionado artículo prescribe que “Entre las medidas que deberían adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:... d) “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Que además, los PRINCIPIOS BASICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS establecen en su principio 9. que “Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”.

Que los PRINCIPIOS DE ETICA MEDICA APLICABLES A LA FUNCION DEL PERSONAL DE SALUD, ESPECIALMENTE LOS MEDICOS, EN LA PROTECCION DE PERSONAS PRESAS Y DETENIDAS CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES establecen, en su principio 1, que “El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física



y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”.

Que en virtud de los mencionados principios, el Estado es el principal responsable del cuidado y la protección del derecho a la salud de las personas privadas de su libertad.



Que en ese sentido, corresponde al SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL asegurar y promover la salud de las personas privadas de la libertad, atendiendo a las medidas de prevención, recuperación y rehabilitación y de la salud de acuerdo a los artículos 58 y 85 de la Ley N° 24.660.

Que a tal fin, el SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL cuenta con la Dirección de Sanidad y equipos asistenciales en todas las unidades penitenciarias federales del país, que se organizan según complejidad de infraestructura y profesionales, quienes son responsables de tareas de prevención, tratamiento y recuperación de la salud de las personas privadas de libertad.

Que a instancia de la cooperación que existe entre los MINISTERIOS DE SALUD y DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, se han hecho efectivas distintas acciones a favor de la inclusión en salud de las personas privadas de libertad en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL. Entre otras la creación del “PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO” (PRISMA) destinado a personas privadas de libertad con padecimientos mentales y del “PROGRAMA DE SALUD EN CONTEXTOS DE ENCIERRO”. Este último, fue instituido en la órbita del MINISTERIO DE SALUD y, con la debida articulación interministerial, reúne todos los protocolos específicos de salud (maternidad e infancia, prevención de cáncer cérvico uterino, HIV y enfermedades de transmisión sexual, prevención de la tuberculosis, inmunizaciones, remediar, tratamiento de la enfermedad de Chagas) para ser ejecutados en el ámbito del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

Que es parte de esta Resolución como Anexo I el denominado “PLAN ESTRATEGICO DE SALUD INTEGRAL EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL 2012-2015”, cuyo objetivo general es la consolidación de un sistema integral de atención de las enfermedades y el cuidado de la Salud que incluya a las personas privadas de libertad.

Que los servicios permanentes de asesoramiento jurídico del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y del MINISTERIO DE SALUD han tomado la intervención de sus competencias.

Que los suscriptos son competentes para el dictado de la presente medida en virtud del artículo 4°; inciso b), apartados 9 y 12 de la Ley de Ministerios (t. o. 1992) y sus modificatorias.

Por ello,

EL MINISTRO  
DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS  
Y  
EL MINISTRO  
DE SALUD  
RESUELVEN:

**Artículo 1°** — Apruébase el “PLAN ESTRATEGICO DE SALUD INTEGRAL EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL 2012-2015”, cuyos objetivos, acciones y metas sanitarias se ilustran en el ANEXO I, que forma parte integrante de la presente.

**Art. 2°** — Establécese que estarán a cargo del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, las acciones que se detallan en el ANEXO I de la presente, relacionadas con sus obligaciones específicas dentro de los Establecimientos Penitenciarios.

**Art. 3°** — Establécese que estarán a cargo del MINISTERIO DE SALUD, la implementación de los aspectos relativos a la ejecución de los protocolos de Salud que también forman parte del ANEXO I de la Presente.

**Art. 4°** — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Julio C. Alak. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

## Plan de Salud en el Servicio Penitenciario Federal 2012 - 2015

### 1. Introducción

En la República Argentina han existido múltiples momentos históricos en los que la vulneración de los derechos humanos ha sido naturalizada y legitimada, tanto desde los actores políticos de turno como desde algunos sectores de la propia comunidad que, por conveniencias políticas y económicas, se desarrollaron como participantes activos de estos procesos.

El Gobierno Nacional, desde el inicio de su gestión, en el mayor proceso de inclusión social del que se tenga nota de los últimos 60 años de la historia Argentina, ha diseñado, implementado y sostenido políticas y acciones tendientes a tratar con los determinantes sociales; a fin de hacer efectivo el anhelado ideario de justicia social.

En palabras de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner “No vamos a tener modelos carcelarios dignos, si no vivimos en una sociedad digna y no se vive en una sociedad digna, si no aseguramos trabajo, educación, salud y vivienda para sus habitantes”.

En ese sentido, desde el Gobierno Nacional se han hecho especiales esfuerzos en rearmar y fortalecer hasta en lo más fino la trama institucional fragmentada por el neoliberalismo, transformando al Estado Argentino en la herramienta inteligente y necesaria para promover un modelo de desarrollo con crecimiento económico e inclusión social y una más alta calidad de vida de las personas que habitan el territorio nacional.

En ese marco, las acciones y políticas en Salud Pública se entienden como otra herramienta más de intervención sobre factores socioeconómicos y de distribución del ingreso, tendiente a combatir la exclusión social. Las políticas sanitarias son parte de las políticas de inclusión social, como lo son también las políticas de soberanía económica que permiten su desarrollo.

El proceso político iniciado el 25 de mayo de 2003 reabre, en la historia argentina, la página de la lucha por la verdad, la memoria, la justicia, la dignidad y la igualdad en toda la sociedad argentina.

En el Servicio Penitenciario Federal, las políticas iniciadas por el General Juan Domingo Perón con el fin de producir un sistema penitenciario más digno, y que condujeron a una transformación sustancial de la realidad en las cárceles, fueron resignificadas en la gestión del ex Presidente Néstor Kirchner y profundizadas por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner. En palabras de Néstor Kirchner:

“(…) sé que una de las asignaturas pendientes que tendrá que llevar Cristina adelante es el mejoramiento profundo del Sistema Penitenciario Argentino. Es una tarea central para consolidar

profundamente la política que todos nosotros, todos los que estamos acá y la mayoría de los argentinos, creemos respecto a los derechos humanos, el respeto a las garantías individuales, el respeto a la recuperación, a la reeducación de muchos presos comunes”<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ex Presidente Néstor Kirchner. Palabras en el acto de demolición de la cárcel de Caseros, 14/11/2007.

El eje de Memoria, Verdad y Justicia, en el plano de recuperación y respeto de los Derechos Humanos, se ha constituido en una política de Estado y atraviesa todas las instancias de gestión. Los cierres de las Unidades Penitenciarias Federales de Caseros, Hospital Borda y Hospital Moyano —instituciones paradigmáticas en el avasallamiento de derechos humanos dentro de la órbita penitenciaria—, y las actuales mesas de debate con los organismos de Derechos Humanos, tanto con las personas privadas de la libertad como con el personal penitenciario, marcan la convicción y coherencia con tales ideas.

Dentro del marco de las políticas impulsadas por este Gobierno, se recuperaron 5.000.000 de puestos de trabajo. El proceso de inclusión laboral intramuros también ha demostrado mejoras: actualmente, el 70% de la población privada de la libertad en el Servicio Penitenciario Federal (SPF) trabaja, con capacitación, certificación oficial y el Salario Mínimo, Vital y Móvil garantizado.

Por otro lado, se construyeron más de 1000 nuevas escuelas y se fundaron 9 nuevas universidades nacionales. El 75,7% de la población privada de la libertad se encuentra incluida en la educación formal, participando en un proceso integral que incluye alfabetización y formación primaria, secundaria, terciaria y universitaria.

En relación a la salud, entendida como un derecho humano universal interdependiente de los demás derechos y, en palabras del Dr. Ramón Carrillo “impostergable de los Pueblos e indelegable del Estado”, se ha iniciado la constitución de una cobertura explícita de todas las necesidades sanitarias, con el diseño de estrategias específicas para, conocer, entender y responder institucionalmente a los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones más postergadas y vulnerables. Así, se produjo la ampliación de la cobertura del Plan REMEDIAR hacia centros de atención primaria y hospitales de localidades pequeñas, comunidades de pueblos originarios, centros de privación o restricción de la libertad de adolescentes infractores de leyes penales nacionales y provinciales, y servicios penitenciarios. Asimismo se llevó a cabo la implementación y extensión del Plan Nacer hacia el Plan SUMAR y la ampliación de la cobertura de inmunizaciones hasta llegar a uno de los planes de vacunación más importantes del mundo. Los diversos programas focales que orientan los esfuerzos, desde el Estado Nacional, a atender a las poblaciones más vulnerables, son muestra de la vocación de este gobierno en hacer llegar las políticas de Estado a todos los rincones de nuestro país.

Es en ese contexto que el 29 de julio de 2008 se firma el Convenio Marco de Cooperación y Asistencia “Justicia con Salud, Salud para Incluir” entre los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos y Salud de la Nación, que da origen a una Unidad Interministerial Coordinadora de Salud Penitenciaria, que hoy genera el Programa Nacional de Salud en Contexto de Encierro, en el ámbito del Ministerio de Salud.

Se hace mandatorio, entonces, la confección de un plan estratégico de salud que diseñe y establezca los objetivos y estrategias necesarias para consolidar la base de trabajo sanitario, para el Plan Estratégico de Salud integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015.

### 2. Marco institucional

Tal como se explicita en la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (art. 12), y la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24): la salud es un derecho para nuestro pueblo y su cuidado es un deber indelegable para el Estado.

Las personas privadas de su libertad y a resguardo del Servicio Penitenciario Federal conservan ese derecho. Es deber de la Institución Penitenciaria tomar las medidas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de dichas personas, según exige la Ley Nacional de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (ley 24.660, art. 58).

Partiendo de este marco normativo, el referido Convenio Marco de Cooperación y Asistencia “Justicia con Salud, Salud para Incluir” se propuso tanto diseñar e implementar las políticas sanitarias en el ámbito de los establecimientos penitenciarios del Servicio Penitenciario Federal, como referenciar a las personas que egresen en libertad con los centros sanitarios para continuar su tratamiento.

Para el cumplimiento de tal fin, el Servicio Penitenciario Federal cuenta con una Dirección de Sanidad y equipos asistenciales en todas las unidades penitenciarias federales del país, que se organizan según complejidad de infraestructura y profesionales.

Esos equipos son los responsables de las tareas de prevención, tratamiento y recuperación de la salud de las personas privadas de la libertad y, eventualmente, de gestionar y realizar los traslados de los pacientes para tratamiento a centros de atención en el medio libre, según criterios sanitarios pertinentes.

Para aquellos ciudadanos que recuperan la libertad, la Dirección Nacional de Readaptación Social del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y la Dirección de Medicina Comunitaria — Programa de Salud en Contexto de Encierro— del Ministerio de Salud de la Nación se constituyen como el nexo principal para garantizar la inclusión social efectiva y la continuidad en el cuidado de la salud.

El Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015 tiene como objeto constituir las líneas generales de planificación estratégica para la actuación sanitaria en el contexto de encierro, asentándose en la realidad epidemiológica particular del medio, con vistas a optimizar un cuidado de la salud que permita favorecer las acciones de inclusión social que orientan el trabajo del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en esta materia, e involucrando a todos los actores institucionales de relevancia que deban participar en esta labor.

El plan fue elaborado por el equipo de salud de la Subsecretaría de Gestión Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, con el aporte sustantivo de la Dirección de Sanidad dependiente de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal, del Programa de Salud en Contextos de Encierro de la Dirección de Medicina Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, y de los Programas Nacionales de Salud que sumaron a la tarea de diseño de estrategias de intervención focalizada, cuyos protocolos de actuación se incluyen como anexo.

### 3. Epidemiología

El Servicio Penitenciario Federal (SPF) tiene bajo su cuidado a aproximadamente 9.800 personas, 91% varones y 9% mujeres. La distribución es federal, aunque en el área metropolitana se encuentra el 62%, mientras que el 38% se halla distribuido en el resto del país (NOA, NEA, Centro y Sur).

Dentro del personal de Salud perteneciente al SPF se cuenta, a julio de 2012, con 734 trabajadores entre profesionales y auxiliares<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Fuente: Dirección de Sanidad del Servicio Penitenciario Federal.

TABLA 1: DISTRIBUCION COMPARATIVA DE PERSONAL SELECCIONADO DE LOS EQUIPOS DE SALUD. MEDIO EXTERNO - SISTEMA PENITENCIARIO FEDERAL

Lugar de trabajo	MEDICOS/AS x 10.000 habitantes	ENFERMEROS/AS x 10.000 habitantes
Total País	32,1	3,8
SPF	242	247

Fuente: SPF, 2012. Abramzón, Mónica, 2004.

Además de contar con 241 médicos con dedicación no menor a 25 horas semanales, en el SPF había 242 médicos y 247 enfermeros cada 10.000 personas privadas de la libertad. Según la información disponible, en 2004 había, para la población general, 32,1 médicos y 3,8 enfermeros por cada 10.000 habitantes. La proporción de médicos por habitantes era 7,6 veces superior al medio libre, mientras que la de enfermeros era 63,1. Por otro lado, se contaba con 227 camas de internación para cuidados generales, aproximadamente 1 cama cada 27 personas privadas de la libertad, en tanto que, el sistema público —el de la población general— disponía, al 2004, de 1 cama cada 512 habitantes. Por último, la distribución de los profesionales de la salud era similar a la de la población, con un 61,6% en el área metropolitana y el resto en el interior del país.

TABLA 2: DISTRIBUCION COMPARATIVA DE CAMAS SEGUN NUMERO DE HABITANTES. MEDIO EXTERNO - SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

Medio externo	Servicio Penitenciario Federal
1 cama cada 512 habitantes	1 cama cada 27 habitantes

Fuente: SPF, 2012. INDEC, 2004.

Las personas privadas de la libertad no sólo poseen los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellos que no lo están, sino que además éstos se ven incrementados por el contexto de encierro y la falta de libertad. En efecto, la situación epidemiológica y sanitaria dentro del SPF muestra indicadores de enfermedad que superan a los del medio libre: 9 veces, en el caso de las infecciones por el VIH (4 por mil en población general adulta y 29,6 por mil en las personas a disposición de la justicia bajo resguardo del SPF), y casi 16 veces, en el caso de infecciones por el bacilo de la Tuberculosis (3,9 en 1000 SPF y 0,25 en mil en población general).<sup>3</sup>

TABLA 3:

Patologías seleccionadas	Población general	Servicio Penitenciario Federal	Variación registrada
TBC (TASA DE PREVALENCIA X 100.000)	0,25% <sup>(3)</sup>	3,9%	16 VECES MAS
VIH (TASA DE PREVALENCIA X 100.000)	4%*	29,6%	9 VECES MAS

<sup>3</sup> Referido a tasa calculada, incluyendo subregistro, para población adulta en Argentina. La seroprevalencia de VIH en la población general es de 12 por cada 100.000 habitantes.

SPF, 2011. Programa Nacional de TBC, 2012. Dirección de SIDA y ETS, 2011.

TABLA 4: DISTRIBUCION NOMINAL y TASA DE INCIDENCIA POR 1000 PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD SEGUN PATOLOGIAS SELECCIONADAS SPF. AÑO 2011.

Patología	Total de Casos	Tasa/1000 personas privadas de su libertad
VIH	287	29,6
Tuberculosis	38	3,9
Cardiovasculares	764	78,8
Respiratorias	405	41,7
Diabetes 1	58	5,9
Diabetes 2	219	22,5
Chagas	18	1,8
Sífilis	117	12
Toxoplasmosis	8	0,8
Hepatitis B	37	3,8
Hepatitis C	59	6

Fuente: SPF, 2011.

#### 4. Objetivo general

Consolidar un sistema integral de atención de la enfermedad y cuidado de la salud que incluya a las personas privadas de la libertad y que continúe asistiéndolas al egresar de los establecimientos penitenciarios.

#### 5. Objetivos específicos

5.1. Generar sistemas de promoción de la salud en las unidades penitenciarias. Para generar una comunidad saludable se precisa que el cuidado del modo de vida sea una herramienta aprehendida por la comunidad. Por lo tanto, es estratégica la formación en conceptos centrales de la salud, tanto para el personal penitenciario como para la población privada de la libertad. El sistema de salud del SPF debe coordinar la capacitación adecuada, la difusión y socialización de las herramientas y conocimientos centrales que promuevan el cuidado y vida saludable.

5.2. Desarrollar estrategias de prevención. Las personas que viven en lugares cerrados tienen un riesgo epidemiológicamente mayor de padecer un brote de enfermedades transmisibles. El sistema de salud del SPF se orienta a desarrollar estrategias específicas en términos de prevención, detección precoz y atención de las personas que padecen este tipo de enfermedades, dando la mejor atención y cuidado, según los estándares reconocidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

5.3. Abordar estrategias para disminuir la incidencia de enfermedades no transmisibles. Los estudios realizados en nuestro país, y en otros lugares del mundo, dan cuenta de una situación de transición epidemiológica, aún en aquellos que eran considerados tercer mundo en esta área. Se observa, entonces, el establecimiento de las enfermedades crónicas y no transmisibles como las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. Las políticas de prevención o control de los factores de riesgo, la instalación de un modo de vida saludable, la detección temprana y tratamiento adecuado son los ejes centrales en la política de prevención de las referidas enfermedades,

que son las de mayor incidencia epidemiológica en la actualidad; incidencia que, se presume, será aún más condicionante en el futuro cercano.

5.4. Generar un sistema de continuidad dentro del SPF y con las instituciones de salud del medio libre. La fragmentación en el sistema de salud es una de las principales determinantes de la falta de atención del proceso salud-enfermedad. La accesibilidad es uno de los puntos que centralmente se ve afectado por la falta de integralidad en el sistema. Es muy importante la articulación permanente de los efectores del sistema de salud que permita una continuidad en la atención, independientemente del efector del sistema que esté participando. Sin embargo, la problemática de accesibilidad al sistema de salud es, frecuentemente, más profunda para las personas que recuperan su libertad. Se hace imperativo constituir una red capaz de contenerlos y de dar respuesta en términos de accesibilidad y cobertura de atención, ya sea por cambio de unidades del SPF, por derivaciones a centros asistenciales pertenecientes al sector público, o por el regreso a los hogares de personas que se encontraban bajo la custodia del SPF.

5.5. Optimizar la administración de recursos e insumos. El uso inteligente y eficaz de los recursos es indispensable para poder mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención. La adquisición de insumos debe respetar las mejores pautas de seguridad y los estándares internacionales de cuidado de la salud, a la vez de garantizar la sustentabilidad técnica, financiera y la viabilidad política. De esta manera, se permitirá la utilización de los recursos en diversas áreas que tenderán a garantizar la salud y bienestar de la población que se encuentra en el SPF. La lógica de administración centralizada y gestión local, mediante la utilización de sistemas de información, permite la optimización en el uso de tales recursos, al tiempo que aporta al conocimiento cabal del sistema para el monitoreo y evaluación, y al diseño de futuras políticas.

5.6. Generar conocimiento acerca de los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan en el SPF, su epidemiología e impacto. El conocimiento de la situación epidemiológica, de la institucional, y del flujo e impacto de esos procesos dinámicos, es una herramienta central para la toma de decisiones racionales, tanto sea para el equipo de salud tratante, como para los que toman decisiones y gestores. El registro continuo, informe y análisis de esa información es una herramienta importante, que en diversas oportunidades tendrá que valerle de indagaciones específicas que tiendan a profundizar en circunstancias particulares. Esta información, adecuadamente recabada, procesada y analizada, será insumo fundamental en la planificación estratégica.

#### 6. Acciones

6.1. Una estrategia de atención primaria de la salud. En el SPF las condiciones de atención, los recursos humanos, la capacidad instalada y la logística determinan las condiciones propicias para un abordaje del proceso salud-enfermedad-atención acorde a las necesidades de la población, y que atienda a las particularidades de vulnerabilidad específicas. El trabajo preventivo es la estrategia indicada para la programación de las actividades, tanto sea en dispositivos de capacitación en cuestiones de salud, difusión y promoción de actividades saludables, como en la realización de diagnósticos precoces mediante consultas programadas y rastreo de enfermedades determinadas según edad, sexo y factores de riesgo.

El equipo de salud será conformado por los trabajadores del sector salud, es decir, médicos, psicólogos, enfermeros, farmacéuticos, odontólogos, kinesiólogos, asistentes técnicos, personal administrativo, entre otros. Asimismo se llevará a cabo el particular esfuerzo, de incorporar personas privadas de la libertad que se capaciten como agentes sanitarios.

6.2. Manual de cuidado de la salud y atención de la enfermedad. El marco teórico y conceptual desde el cual se realizan los abordajes de atención y trabajo con la comunidad de personas que habitan en el SPF debe ser objeto de constante análisis y evaluación. El conocimiento compilado desde la experiencia e investigación de diversos organismos de significancia a nivel nacional e internacional debe tener un correlato en la práctica de los profesionales de la salud en nuestro contexto. Para ese propósito se confeccionará un manual de cuidado de la salud y atención de la enfermedad, que consiste en un compendio de la información médica científicamente acreditada adaptada al marco de trabajo en el SPF. Este manual, que será distribuido por todo el país, será una fuerte herramienta de apoyo y consulta para todo el personal de salud, en lo concerniente a la actividad asistencial y organizativa. Por otro lado, es válido considerarlo un texto en constante evaluación, que será actualizado periódicamente según las nuevas evidencias científicas o según la valoración de su utilidad frente a las situaciones concretas de trabajo a lo largo de todo el país.

Su elaboración estará basada en documentos científicos que hayan validado las organizaciones de salud que son reconocidas como referentes por el Estado Nacional; principalmente en los documentos elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación y los entes descentralizados de salud. El manual deberá ser claro, conciso y gráficamente pedagógico.

6.3. Programa de formación continua y específica para los profesionales de la salud del SPF. La mejor estrategia para la toma de decisiones en las instituciones de salud es la generación de un consenso basado en información científicamente sustentable. La formación continua con debate sobre los objetivos y estrategias a desarrollar es la mejor manera de conformar un equipo que confluya en el trabajo hacia una construcción de un sistema de salud en el SPF, que esté preparado para mejorar las condiciones sanitarias de toda la población.

En función de la experiencia y el conocimiento producido por los profesionales de la salud que se desempeñan en el SPF, y de las últimas actualizaciones internacionales en materia de cuidado de la salud y atención de la enfermedad se confeccionará el manual de cuidado de la salud y Atención de la enfermedad. Asimismo, en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación y las universidades nacionales, se realizarán cursos de capacitación y actualización, que acrediten académicamente el esfuerzo profesional. En esta senda se avanzará con la intención de constituir un postgrado específico para estos profesionales de la salud.

El esquema de capacitación debe ser continuo, con adecuaciones según las necesidades de cada región o comunidad, participativo, y debe contribuir al establecimiento y difusión de pautas de buenas prácticas en salud.

6.4. Optimizar las condiciones laborales del personal de salud. La implementación de medidas tendientes a optimizar las condiciones de trabajo del personal de salud, aplicando normas de higiene y seguridad, tanto en las personas privadas de libertad como en el personal a cargo de las mismas, constituye un elemento central en la apropiación del espacio de salud para toda la comunidad, favoreciendo las prácticas de buen vivir que allí se encuentren representadas.

6.5. Capacitación en salud para el personal del SPF. La educación en el cuidado de la salud es importante tanto para que las comunidades se apropien de su derecho a la salud, como para que se conozcan los recursos que el sistema sanitario tiene para facilitar su ejecución efectiva. Además predispone al buen vivir y a las prácticas preventivas. En ese sentido, se comenzará con módulos de educación para la salud en las escuelas de oficiales y suboficiales, y se desarrollarán talleres sobre temáticas específicas vinculadas a la salud para los trabajadores del SPF.

6.6. Capacitación en salud para la población privada de la libertad. La capacitación de personas privadas de la libertad como promotores de salud, son herramientas fundamentales para lograr el fortalecimiento de la educación sanitaria en la población que habita en el SPF. El agente que mejor puede

transmitir a los miembros de una comunidad los valores culturales, y cómo alcanzar un buen vivir, teniendo en cuenta valores alimenticios o recreativos, es aquel que pertenece a la comunidad afectada. En efecto, el promotor de salud tiene un punto de vista estratégico para detectar los signos de alarma y problemáticas de salud en los convivientes. La realización de talleres de prevención y promoción, grupos de discusión y capacitación específica de personas que tengan un rol y responsabilidad comunitaria como promotores de salud no sólo es útil para el sistema sanitario del SPF, sino que le brinda al agente un conocimiento que le será útil a la hora de reinsertarse social y laboralmente.

6.7. Creación de un sistema de información en salud. La recolección racional y sistemática de la información en salud es una herramienta clave para la gestión de las políticas sanitarias y para el diseño de nuevas estrategias, debiendo ser accesible a los equipos de salud y a la comunidad. El registro de las atenciones, los talleres, las actividades de promoción debe asociarse al de los diagnósticos, estudios complementarios y terapéuticos aplicadas. Es, además, de suprema importancia aportar información estadística a la base de datos que obra en el Ministerio de Salud de la Nación, en la dependencia que corresponda.

Por este motivo, las unidades asistenciales del SPF se inscribieron en el Ministerio de Salud como efectores de una jurisdicción particular, lo que permite la administración en forma de red de todas las unidades de atención. La información generada descentralizadamente será un recurso utilizable, tanto por la autoridad nacional como por la administración del sistema de salud del SPF. Simultáneamente, se llevará a cabo la unificación de los sistemas de registros mediante la implementación del conjunto mínimo de datos básicos y del reporte al sistema nacional de vigilancia en salud; que será realizado en plataformas digitales en línea.

6.8. Creación de línea de base e indicadores de trazado de situación epidemiológica. El conocimiento científico de la realidad epidemiológica en el SPF —base del plan de salud—, es fundamental para coordinar un sistema de monitoreo y evaluación de los objetivos fijados. En conjunto con la Dirección de Medicina Comunitaria, se diseñó una herramienta de pesquisa particular para el SPF, que tiene elementos de comparación con la población general del país, que permite desarrollar indicadores sanitarios de relevancia y trazadores que admite el seguimiento a futuro del sistema. Esta línea de base permite readecuar los objetivos y elaborar estrategias adicionales para las problemáticas evidenciadas en la indagación.

6.9. Sistema Integral de Administración de Insumos Médicos. El gasto en insumos y tecnologías médicas es uno de los principales costos relacionados con la salud. El uso adecuado y racional de esos recursos permite maximizar la cobertura de insumos y reorientar, si correspondiera, los esfuerzos hacia otras actividades que lo requirieran.

En este sentido, se diseñó un plan de trabajo basado en tres ejes: la asociación eficaz con el Programa REMEDIAR del Ministerio de Salud de la Nación, la compra centralizada de insumos, y el sistema de monitores de insumos médicos.

6.9.1. El Programa REMEDIAR es un desarrollo que cumple 10 años proveyendo medicamentos esenciales a efectores de primer nivel de salud en todo el territorio nacional, garantizando estándares de calidad y siendo capaz de marcar patrones de precios. El continuo de auditorías, capacitaciones y adecuaciones específicas al contexto del SPF permite el abastecimiento de todas las unidades con botiquines diseñados según las necesidades locales.

6.9.2. El sistema de compras centralizadas reduce entre 5 y 8 veces el costo respecto de las compras en droguerías o farmacias llevadas a cabo descentralizadamente. Por lo tanto, con vistas a reducir costos, se diseña un sistema de compras que cuenta con la operación de adquisición y logística centralizada en la droguería central del SPF, que permite la distribución racional a todas las unidades sanitarias del país, y que, además, posee la capacidad de redistribución operativa y el conocimiento global de la red de insumos. El sistema de compras centralizado se realiza priorizando la producción pública de medicamentos e insumos médicos. Los laboratorios de producción pública son sociedades íntegramente del Estado, que atraviesan las máximas exigencias en tecnología de producción y distribución.

El sistema de compras centralizado comienza con la elaboración de una solicitud de insumos basada en las necesidades sugeridas por el equipo de salud, continúa con la revisión del historial de utilización de los diversos insumos y finaliza con la evaluación, con criterio sanitario y científico, del equipo de coordinación centralizada. El resultado global se presenta inicialmente a los laboratorios de producción pública para el suministro de aquellos productos que elaboren, para luego realizar una licitación centralizada con el remanente.

6.9.3. El Sistema de Monitoreo de Insumos Médicos (SMIS) es una herramienta de administración de insumos que elaboró el Ministerio de Salud de la Nación, y que cuenta con una plataforma virtual en línea para realizar el monitoreo y trazabilidad de los insumos sanitarios. Este sistema tiene niveles de acceso diferenciales que permiten la gestión descentralizada y la administración centralizada, con la inclusión de los recursos del Programa REMEDIAR y de los adquiridos por el SPF. El SMIS dispone de diversos sistemas de alarmas y seguimiento para garantizar transparencia, seguridad y eficacia en la utilización de los recursos.

6.10. Informatización de las historias clínicas. La continuidad, transparencia y ductilidad de la documentación relacionada con la atención en salud es un estándar buscado por toda gestión sanitaria. La gestión informatizada de las historias clínicas permite garantizar el seguimiento de la atención en distintos centros asistenciales, al tiempo que mejora la transparencia y confidencialidad de cada caso. Por otro lado, es factible automatizar sistemas de alarmas y comunicaciones estadísticas que fidelicen los registros y permitan una gestión basada en el conocimiento epidemiológico real de la situación de salud de la población.

6.11. Introducir eficazmente los programas sanitarios nacionales y focales a las unidades penitenciarias. El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con diversas estrategias para el abordaje de problemáticas precisas en situaciones o poblaciones de mayor vulnerabilidad. Se trata de estos programas, con una lógica centrada en la patología y/o en una población específica, que asignan recursos y logística para el diagnóstico, atención y seguimiento de estos grupos de personas. Dentro del SPF ya participan los programas de Salud Sexual y Reproductiva, Maternidad e Infancia, VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual, Tuberculosis, Salud Mental y Prevención de Cáncer Cérvico Uterino. La incorporación eficaz de estos programas focales es una estrategia central para la atención de patologías específicas y poblaciones vulnerables. Asimismo, se confeccionaron protocolos de ejecución de dichos programas que establecen las normas principales de ejecución, así como las responsabilidades; siendo políticas de ejecución consensuadas entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Por otro lado, existen estrategias del Ministerio de Salud de la Nación con lógica centrada en la transferencia de logística, recursos y criterios sanitarios; tales los casos del Plan Nacer y SUMAR, del Programa REMEDIAR, del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), y de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), entre otras. Se deberán incorporar todas las instancias necesarias a fin de agilizar y coordinar las acciones de salud del SPF, en sintonía con las estrategias en políticas sanitarias de la Nación.

6.12. Monitoreo continuo del funcionamiento de las unidades. El monitoreo y evaluación del funcionamiento de las distintas unidades asistenciales, ya sea en variables de cobertura como en

aspectos puntuales, es una forma recomendable de coordinar su adecuado funcionamiento y de cumplimentar los objetivos fijados. Los esquemas de monitoreo pueden realizarse en función de aspectos específicos de cada unidad, como la ejecución de un programa, la infraestructura, la capacitación de los recursos humanos, el registro y transmisión de la información estadística, etc. El sistema de monitoreo y evaluación tendrá como función coordinar y/o ejecutar las acciones específicas, para luego procesar y publicar los resultados seleccionando indicadores que tengan la capacidad de ser trazadores para la evaluación de los procesos.

6.13. Generación de convenios de cooperación y trabajo conjunto con hospitales públicos. La continuidad del seguimiento del proceso salud-enfermedad-atención en instituciones públicas de salud ajenas el SPF es una necesidad: en vista de la dificultad al acceso a la atención en que podría encontrarse la persona que recupera la libertad, la asociación con hospitales de la comunidad resulta estratégica para la continuidad del proceso. Por otro lado, la adecuada articulación con las instituciones de salud del medio libre permitirá el eficaz sistema de referencia y contrarreferencia para interconsultas y estudios de mayor complejidad. Por lo tanto, es preciso la celebración de convenios con los hospitales públicos, sean de jurisdicción nacional, provincial o comunal.

6.14. Cooperación Salud —SPF— readaptación social para la continuidad de la atención. Durante la estadía dentro del SPF todas las personas privadas de la libertad tienen acceso completo a la atención del proceso salud-enfermedad, según exige la ley 24.660. En muchas situaciones, recuperar la libertad genera una situación crítica, que puede imponer un obstáculo más a dicha accesibilidad, con el riesgo de discontinuar tratamientos en enfermedades crónicas, con el consiguiente riesgo sanitario. El seguimiento del adecuado traspaso del ámbito de contención del proceso salud-enfermedad-atención es un aspecto central que precisa de la colaboración articulada del Ministerio de Salud de la Nación, los efectores de salud de las distintas jurisdicciones, el SPF y la Dirección Nacional de Readaptación Social. Es preciso consolidar un protocolo de seguimiento en esta situación que requiere de convenios explícitos con los centros de atención de salud y hospitales de la comunidad, junto con una previsión y adecuado pasaje de información entre el área social y sanitaria del SPF y la Dirección Nacional de Readaptación Social.

6.15. Convenios de cooperación de universidades nacionales y otros organismos científicos vinculados a la salud. Capacitación laboral en salud a personas privadas de la libertad. La cooperación con universidades nacionales en todo el país permite el desarrollo de conocimientos, capacitaciones y herramientas científico-técnicas específicas que redundan en importantes avances para la gestión en el SPF. La incorporación de carreras terciarias y universitarias es una estrategia central en el modelo de inclusión social que impulsa este proyecto, y debe ser acompañada con capacitaciones laborales específicas en temáticas relacionadas con la salud, que podrán incluirse como estrategias de inserción laboral intramuros. Los convenios con universidades, además, podrán, por un lado, generar investigaciones sobre la realidad sanitaria en el SPF que sirvan como insumo para la gestión y, por el otro, concretar capacitaciones específicas para el personal penitenciario.

6.16. Reducir el impacto de las emergencias en salud mediante el desarrollo de estrategias específicas, protocolizadas. En las comunidades cerradas, principalmente de las dimensiones del SPF, una situación emergente en términos de salud puede concretarse como una epidemia, sea un fenómeno infectocontagioso, de violencia, de abuso de sustancias, entre otras. El establecimiento de sistemas de alarmas que permitan identificar la aparición de fenómenos que contengan la potencialidad de consolidarse como un brote epidémico permite el desarrollo de estrategias específicas acordes a cada situación. En este sentido, se disponen los sistemas de información en salud adecuados a las condiciones específicas que sugiere el ambiente propio del SPF, por ejemplo la modificación de los plazos de denuncia de las diarreas infecciosas, en estrategia conjunta con el SNVS.

## 7. Metas

7.1. Lograr disminuir en al menos un 30% la tasa de prevalencia de enfermedades transmisibles.

7.2. Lograr el 70% de detección temprana y tratamiento adecuado y oportuno de por lo menos, tres enfermedades no transmisibles (cáncer de colon, mama y cérvico uterino; hipertensión arterial y diabetes).

7.3. Lograr el 100% de cobertura de controles adecuados de mujeres embarazadas.

7.4. Lograr el 100% de controles adecuados de salud para los/as niños/as menores de 4 años.

7.5. Lograr el 100% de cobertura de controles periódicos de salud en personas adultas.

7.6. Lograr la cobertura de inmunizaciones según edad, sexo, embarazo y condición clínica, de 100% de la población privada de la libertad.

7.7. Lograr el acceso de toda la población privada de la libertad a métodos anticonceptivos de barrera.

7.8. Lograr la cobertura del 100% de tamizaje para la prevención de cáncer de cuello cérvico uterino.

7.9. Lograr la cobertura del 100% de tamizaje para la prevención de cáncer de colon.

7.10. Lograr la cobertura del 100% de tamizaje para la prevención de cáncer de mama.

7.11. Lograr un 100% de capacitaciones y sensibilizaciones en los profesionales del equipo de salud.

7.12. Lograr un 100% de personal penitenciario sensibilizado en acciones de promoción de salud.

7.13. Lograr un 100% de consolidación de redes de referencia y contrarreferencia.

7.14. Lograr un 100% de nominalización y trazabilidad de los medicamentos.

## 8. Indicadores de impacto 2012-2015

8.1. Porcentaje de población que ha alcanzado un determinado nivel educativo.

8.2. Porcentaje de población con ocupación laboral.

8.3. Estado de salud percibido.

8.4. Tasa de prevalencia de VIH con tratamiento adecuado y disminución de carga viral.

8.5. Tasa de incidencia de TBC.

8.6. Tasa de incidencia de lesiones.

8.7. Prevalencia de problemas bucodentales en población adulta.

- 8.8. Porcentaje de embarazos controlados adecuadamente.
- 8.9. Porcentaje de niños/as con controles completos de salud.
- 8.10. Cobertura de vacunación por dosis aplicada según rango etario y sexo.
- 8.11. Cobertura de rastreo de cáncer de mama.
- 8.12. Cobertura de rastreo de cáncer de colon.
- 8.13. Cobertura de rastreo de cáncer cérvico uterino.
- 8.14. Promedio de demora de atención en salud (no emergencia).
- 8.15. Tasa de salidas a hospitales extramuros.
- 8.16. Tasa de consulta por persona privada de su libertad por diagnóstico. Razón de consulta programada sobre consulta espontánea.
- 8.17. Tasa de prescripción de psicofármacos (mayor a 30 días en el año).
- 8.18. Tasa de tratamiento psicológico para los pacientes con tratamiento psicofarmacológico.
- 8.19. Tasa de atención externa especializada por persona privada de su libertad.
- 8.20. Incidencia de accidentes laborales.
- 8.21. Número de cursos de capacitación realizados a personal de salud. Distribución por unidades y temáticas abordadas.
- 8.22. Número de cursos de sensibilización a personal penitenciario en promoción de la salud. Distribución por unidades y temáticas abordadas.
- 8.23. Número de cursos de sensibilización a personas privadas de la libertad en promoción de la salud. Distribución por unidades temáticas abordadas.
- 8.24. Porcentaje de procesos con utilización de recursos bajo sistema de información.
- 8.25. Porcentaje de insumos suministrados mediante sistema de nominalización y trazabilidad.

#### Protocolo para el acceso a la salud en contextos de encierro

##### 1. Ingreso

A toda persona privada de la libertad que ingrese a una unidad penitenciaria se le deberá realizar un examen médico completo, controlar y completar el esquema de vacunación, consejería y ofrecimiento de testeos, acorde a los protocolos establecidos por las Direcciones y Programas del Ministerio de Salud de la Nación, elaborándose una en la historia clínica de cada paciente.

##### 2. Permanencia

Acorde al área del Servicio Penitenciario que corresponda, se deberá entregar a las internas/os los elementos de higiene personal (máquinas de afeitar, toallas higiénicas, elementos de higiene personal, etc.). Dicha entrega deberá realizarse en forma semanal, debiendo dejar constancia de la entrega de dichos insumos.

##### 2.1. Será responsabilidad del área de seguridad

2.1.1. Garantizar que las internas/os accedan al sector de sanidad en el horario que les fue otorgada la consulta. Para ello podrán transcurrir como máximo 30 minutos desde la salida de su celda o pabellón.

2.1.2. Garantizar que se coloquen en los espacios de circulación (trabajo, educación, cultura, recreación, pabellón, celda, etc.) todos los insumos de prevención e información que desde el Ministerio de Salud de la Nación (o su contraparte provincial) se distribuyan a tal efecto: folletería, pósters, trípticos, manuales, normativas, *stickers*, preservativos, etc.

2.1.3. Garantizar —a través del traslado en tiempo y forma— que la interna/o acceda al hospital extramuros y al turno solicitado.

##### 2.2. Será responsabilidad del médico tratante

2.2.1. Garantizar que, en el caso de verificarse que no existen causas que obsten al traslado del interno, éste se realice junto a su historia clínica, planilla de tratamiento y la medicación necesaria para un mes de tratamiento.

2.2.2. Registrar en la historia clínica de manera pormenorizada, y según los estándares establecidos por los criterios médico-legales, las lesiones que presente el/la paciente (tipificación, evolución, mecanismos, etc.).

2.2.3. Dejar asentado en la historia clínica el incumplimiento de un traslado, sea por cuestiones de seguridad, por negativa de la interna/o u otros motivos.

2.2.4. Informar los decesos traumáticos o no traumáticos a la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación (Nombre y apellido completo, edad, unidad penitenciaria u hospital intra y extramuros y causas mediatas e inmediatas del deceso).

##### 2.3. Será responsabilidad del área de salud

2.3.1. Que todos los días un médico, enfermero, psicólogo o trabajador social, recorra los pabellones recabando información sobre las audiencias al área de salud de las internas/os, la alimentación y los espacios edilicios, a los fines de constatar las condiciones de higiene y salubridad (sectores de descanso, baños y espacios comunes).

2.3.2. Visitar todos los días a las/os internas/os que estén alojadas/os en celdas de separación del área de convivencia, e informar por escrito al Director del establecimiento, acerca de tal visita, consignando fecha y hora de la visita, condiciones generales del sector y si se considera necesario poner término a dicho aislamiento, por razones de salud física o mental.

2.3.3. Deberá evaluarse, en los casos de disposiciones de traslado de internos/as, si el mismo y/o el alojamiento en la unidad de destino no obstaculizan la continuidad del tratamiento.

2.3.4. En el caso que se adopten medidas de sanción en celdas de aislamiento a internos/as con patologías crónicas, controlar que dicha celda se encuentre en óptimas condiciones de higiene, y que el/la interno/a reciba la alimentación adecuada, para poder continuar con su tratamiento.

2.3.5. Vigilar que los profesionales de la salud mental que traten a unta interno/a, no formen parte del Gabinete Criminológico que evalúa su situación procesal.

2.3.6. Gestionar, en los casos de pacientes que han sido víctimas de agresiones o autoagresiones, la interconsulta con especialistas en psicología y psiquiatría; no debiendo superar el lapso de 12 hs. desde el hecho acontecido.

2.3.7. Notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, la carencia o insuficiencia del material e insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

2.3.8. Informar al área seguridad con un mínimo de 12 hs. de anticipación la nómina de pacientes que cuenten con turnos en hospitales extramuros.

2.3.9. Auditar que los turnos solicitados en los hospitales extramuros sean cumplimentados, con motivo de proseguir el tratamiento.

2.3.10. Informar las enfermedades de notificación obligatoria e implementar acciones de control de foco en caso de enfermedades transmisibles.

#### 3. Pre libertad y libertad

3.1. A todo interno que recupere la libertad de circulación, previa constancia del domicilio que fijará, deberá entregársele:

3.1.1. Medicación para un mes de tratamiento.

3.1.2. Resumen de su historia clínica.

3.1.3. Referencia del contacto de organismos gubernamentales que le faciliten el centro de atención sanitaria y centro de vacunación, más cercano a su domicilio.

3.1.4. Un turno en el centro de salud que corresponda de acuerdo al domicilio y patología que tenga, el interno/a egresante<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> En concordancia con los Protocolos de las Direcciones y Programas que establecen que los pre-liberados y liberados sean referenciados en un centro de salud cercano a su domicilio.

3.1.5. En caso que el Servicio Penitenciario tenga dificultades para conseguir el turno en el centro de salud, se deberá poner en conocimiento al Programa local, como así también notificar fehacientemente al Programa de Salud en Contextos de Encierro acerca de dicha circunstancia. La correspondiente notificación podrá realizarse vía correo electrónico a la siguiente dirección: salud.paraincluir@sps.gov.ar.

Todo ello bajo constancia en su legajo.

#### 4. Vigilancia epidemiológica

4.1. Número de internos promedio anual según sexo.

4.2. Número de integrantes del equipo de salud por unidad, discriminado según función y especialidad médica, promedio anual.

4.3. Número de consultas ambulatorias semestrales según sexo, edad y causa de la consulta.

4.4. Número de consultas semestrales extramuro según causas.

4.5. Número de internaciones semestrales extramuro según causas.

4.6. Número de internos semestral, que al ingreso recibieron diagnóstico de TBC - VIH - Chagas - ITS.

4.7. Número de internos semestral en proceso de pre-libertad/egreso que hayan recibido diagnóstico de TBC - VIH - Chagas - ITS.

4.8. Número de fallecimientos anual según causas.

4.9. Número de dosis de vacunas aplicadas por unidad anual/Número de internos promedio anual.

#### Protocolo de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento para niñas y niños

1. Accesibilidad a la información, a la prevención de enfermedades y a los insumos de prevención.

Los servicios penitenciarios deberán garantizar la salud integral y prevención de enfermedades, asegurando el control periódico de la población infantil e incorporando la observación y acompañamiento del desarrollo infantil desde una perspectiva integral de la salud, que tanto contemple los derechos, como el desarrollo psico-socio-emocional e intelectual, motriz, del lenguaje, la alimentación y el ambiente de los niños y las niñas.

A tales efectos:

1.1. Se deberán realizar talleres mensualmente a fin de fortalecer a las madres para consolidar los vínculos y funciones de crianza. De los mismos participarán: personal del servicio médico, de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social, implementando líneas estratégicas del programa.

1.2. Será responsabilidad del médico pediatra tratante elaborar un archivo de registro de datos de la atención médica de cada niña/niño (historia clínica, ficheros, etc.).

1.3. Se deberán realizar talleres trimestralmente, destinados a personal jerárquico, profesionales, técnicos, administrativos y personal de seguridad, que aborden las siguientes temáticas:

1.3.1. Formas de concientizar a las internas madres en relación al desarrollo infantil integral.

1.3.2. Conocimiento y difusión de convenciones y leyes sobre los derechos de niñas y niños.

1.3.3. Conocimientos básicos de promoción y prevención en salud.

1.3.4. Nociones básicas sobre las etapas de crecimiento y desarrollo psico-social de las niñas y niños, para que las internas madres puedan avizorar necesidades y factores que favorecen u obstaculizan el desarrollo de sus hijos/as.

1.3.5. Fortalecimiento del rol materno.

2. Accesibilidad al tratamiento

2.1. Se deberá otorgar cobertura completa de controles de salud<sup>5</sup> y de vacunas de acuerdo al calendario oficial, salvo casos especiales que requieran de otras inmunizaciones (casos de asma, VIH, etc.).

<sup>5</sup> Controles mensuales durante el primer año de vida. Controles trimestrales desde el año hasta el egreso.

2.2. Se deberá dar cumplimiento de los tratamientos indicados: médicos, psicológicos, entre otros.

2.3. Se deberá organizar el sistema de atención de las emergencias y de los traslados necesarios, articulando acciones con los efectores de salud correspondientes (centros de salud; hospitales).

3. Control y cumplimiento de los tratamientos

Será responsabilidad del área de salud:

3.1. Garantizar a la población interna, completar los esquemas de vacunación y recibir asistencia médica a través de equipos de salud propios o del sistema sanitario público.

3.2. Coordinar la atención programada y/o de urgencia en tiempo y forma.

3.3. Promover la internación en lugares apropiados acorde a la patología y complejidad de cada caso en particular.

3.4. Capacitar a las internas madres en prácticas de crianza.

3.5. Llevar archivo ordenado de los registros de atención (legajos, historias clínicas, antecedentes de vacunación, ficheros, etc.).

3.6. Infraestructura:

La Dirección Penitenciaria ofrecerá a las madres:

3.6.1. Espacios diferenciados para alimentación, juego y sueño.

3.6.2. Habitación con privacidad, con cama para madre y cama/cuna para niños/as.

3.6.3. Espacios de esparcimiento al aire libre.

3.6.4. Baños exclusivos y adecuados para uso infantil.

3.6.5. Ambientes amplios, específicamente diseñados para niñas/os, ventilados, con luz natural, seguros y limpios.

3.6.6. Elementos de uso cotidiano para higiene y rutinas.

3.6.7. Elementos adecuados para el juego y la recreación de la población infantil.

3.7. Seguridad alimentaria:

La Dirección Penitenciaria ofrecerá a las madres:

3.7.1. Cocina equipada que permita que las madres elaboren la comida de sus hijos/as.

3.7.2. Alimentos adecuados en calidad y cantidad, que serán constatados por personal del área sanitaria con capacitación en nutrición.

3.7.3. Recursos necesarios para la manipulación y conservación adecuada de los alimentos.

3.7.4. Control de calidad de los alimentos ya elaborados, los cuales serán degustados y aprobados en relación a su calidad nutricional por nutricionistas o Técnicos en nutrición dependientes del área de salud.

3.8. Educación y esparcimiento:

La Dirección Penitenciaria ofrecerá a las madres:

3.8.1. Estrategias educativas para las madres que quieran completar los estudios primarios y secundarios, y/o desarrollar carreras terciarias o universitarias.

3.8.2. La garantía de que sus hijos/as serán incluidos en la educación inicial: jardines maternos (0 a 2 años), jardines de infantes extramuros para 3 y 4 años.

3.8.3. Ludotecas y bibliotecas para madres y niños.

3.8.4. El fomento de espacios culturales y de recreación para ellas y sus niños/as. Debe incluir salidas recreativas:

3.8.5. Capacitación laboral en oficios variados.

4. Vigilancia epidemiológica

4.1. Número de niños según edad y sexo. Promedio anual.

4.2. Número de controles de salud que incluya evaluación del crecimiento desarrollo durante el primer año de vida (control, mensual), por niño, por año.

4.3. Número de controles de salud que incluya evaluación del crecimiento y desarrollo a partir del año y hasta el egreso (control trimestral), por niño, por año.

4.4. Número de niños y niñas con el calendario de vacunación completo según edad, promedio anual.

Protocolo de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento en materia de VIH/SIDA

1. Accesibilidad a la información, a la línea por cobro revertido, al 0-800-sida y a los insumos de prevención

1.1. Teniendo en cuenta que una de las líneas estratégicas de la Dirección de Sida y ETS consiste en el acceso universal al preservativo y al material de información, se colocarán dispensers o cajas con preservativos en los lugares de circulación de la población penal para que estén accesibles a todos los internos, independientemente de que tengan autorización o no de visitas de reunión conyugal, estos lugares pueden ser, por ejemplo:

1.1.1. Cocina.

1.1.2. Talleres.

1.1.3. Pasillos.

1.1.4. Sectores de Educación.

1.1.5. Sanidad.

1.1.6. Espacios para visitas.

1.1.7. Baño.

1.2. En todos los sectores en los que haya teléfonos que habiliten la comunicación de los internos con el exterior, se colocarán los *stickers* que contengan la referencia al 0-800-sida y a la línea por cobro revertido.

1.3. Asimismo, en los sectores de circulación de internos se adosarán carteles de promoción de dichas líneas.

1.4. Se deberán organizar y realizar talleres de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual periódicamente (al menos seis veces al año) con el fin de implementar las líneas estratégicas del programa, y con el acompañamiento del Programa local. En tales talleres participará personal del servicio médico y de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social. En los mismos, se informará a la población que vive con VIH la disponibilidad de vacunas especiales para la prevención de enfermedades.

1.5. Los destinatarios de dichos talleres serán los/as internos/as y el personal penitenciario a quienes se les entregará material gráfico que incluya información acerca del VIH/SIDA e ITS.

1.6. Se deberá notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, de la carencia o insuficiencia del material e insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

2. Accesibilidad al diagnóstico

2.1. A toda persona que ingrese a una unidad penitenciaria se le deberá ofrecer el test de VIH y de infecciones de transmisión sexual. Asimismo, deberán organizarse campañas de promoción de dichos tests, en articulación con el Programa Local. La realización de los estudios debe ser solicitada por el médico interviniente respetando los principios de confidencialidad, autonomía de la voluntad y consentimiento informado.

2.2. Será responsabilidad del médico tratante dejar constancia en la historia clínica del interno de las solicitudes y los resultados —tanto positivos como negativos—.

2.3. Independientemente de que los resultados sean positivos o negativos, el interno deberá ser asesorado integralmente sobre el VIH e infecciones de transmisión sexual y el/los profesionales que intervengan deberán evacuar las dudas que el mismo pueda presentar, debiendo realizar las derivaciones pertinentes acorde a cada caso.

3. Accesibilidad al tratamiento

3.1. El médico infectólogo o tratante de cada unidad que prescriba la medicación deberá informar de manera fehaciente el inicio del tratamiento a las personas con VIH/SIDA y al personal sanitario responsable de la entrega de la medicación. El profesional interviniente deberá brindar al interno/a la información necesaria para la prosecución del tratamiento (nombre de la medicación, horarios de toma, si la misma es con o sin alimento previo, efectos colaterales, incompatibilidad con otra medicación, análisis de monitoreo de la enfermedad). Se deberá brindar atención integral y ofrecer las vacunas destinadas para personas que viven con VIH.

3.2. Se deberán implementar las estrategias que se consideren adecuadas para facilitar adherencia al tratamiento antirretroviral, en articulación con los Programas de Sida Provincial o Nacional, según corresponda.

3.3. Se dejará constancia del tratamiento en la historia clínica, como así también de la negativa a iniciarlo o continuarlo y de las estrategias abordadas.

3.4. Durante el tratamiento se deberá asegurar una adecuada alimentación especial.

4. Control y cumplimiento de los tratamientos

4.1. Será responsabilidad del médico tratante:

4.1.1. En el caso que se adopten medidas de sanción en celdas de aislamiento a internos/as con VIH/SIDA, el personal de salud de la unidad penitenciaria, debe controlar que dicha celda se encuentre en óptimas condiciones de higiene, y que el interno reciba la alimentación adecuada, para poder continuar con su tratamiento.

4.2. Será responsabilidad del área de salud:

4.2.1. En los casos de disposiciones de traslado de internos/as deberá evaluarse si el traslado, y/o el alojamiento en la unidad de destino no obstaculizan la continuidad del tratamiento.

4.2.2. En el caso de verificarse que no existen causas que obsten al traslado del interno, el mismo deberá realizarse junto a su historia clínica, planilla de tratamiento y la medicación necesaria para un mes de tratamiento.

4.2.3. A todo interno que recupere la libertad de circulación, previa constancia del domicilio que fijará, deberá entregársele:

Medicación para un mes de tratamiento.



Resumen de su historia clínica.

Referencia del contacto de organismos gubernamentales que le faciliten el centro de atención sanitaria más cercano a su domicilio.

Todo ello bajo constancia en su legajo.

5. Vigilancia epidemiológica (indicadores de información trimestral)

5.1. Número de solicitudes de testeos para VIH/SIDA y ETS.

5.2. Número de resultados negativos y positivos.

5.3. Número de internos que cumplen el tratamiento.

5.4. Número de internos que se niegan a iniciar, continuar o terminar el tratamiento.

5.5. Números de cargas virales y CD 4 solicitadas y entregadas.

5.6. Número de actividades desarrolladas para la facilitación de la adherencia al tratamiento.

Esta información deberá ser enviada en forma trimestral al Programa Nacional o Provincial de VIH/SIDA e ITS, según corresponda con fines de supervisión y estadísticos.

#### Protocolo de atención de la salud sexual y reproductiva

1. Accesibilidad a la información, al 0-800-salud y a los insumos de prevención

1.1. Se deberán organizar y realizar talleres y espacios de consejería en salud sexual y reproductiva (derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, usos recomendados y cuidados) periódicamente con el fin de implementar las líneas estratégicas del Programa. En tales talleres participará personal de servicio médico y de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social.

1.2. Los destinatarios de dichos talleres y consejerías serán los/as internos/as y el personal penitenciario, a quienes se les entregará material gráfico que incluya información sobre Salud Sexual y Procreación Responsable (SS y PR).

1.3. Se deberá notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, de la carencia o insuficiencia de material e insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

1.4. La consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SS y R) debe ser entendida como una estrategia integral que se oriente a finalidades concretas:

1.4.1. Brindar información oportuna y pertinente.

1.4.2. Ayudar a las personas a reflexionar sobre su conducta personal y sus decisiones.

1.4.3. Promover acciones educativas con vistas a que se desarrolle una vida sexual saludable y se ejerzan los derechos sexuales y reproductivos.

1.5. La propuesta educativa para atención, apoyo y desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva debe contemplar las siguientes esferas educativas y de promoción de la salud:

1.5.1. Individual, brindando información y apoyo para fortalecer la autonomía personal, sea en el proceso de atención o por servicios de consejería de SS y PR específicos.

1.5.2. Colectiva-grupal, desarrollando acciones dirigidas al empoderamiento en los derechos de SS y R en grupos humanos específicos.

1.5.3. Institucional, desarrollando un programa de acciones gubernamentales e intersectoriales y movilizándolo a través de redes sociales.

1.6. En todos los sectores en los que haya teléfonos que habiliten la comunicación de los internos con el exterior, se colocarán los stickers que contengan la referencia al 0-800-Salud Sexual.

Asimismo, en los sectores de circulación de internos se adosarán carteles de promoción de dichas líneas.

2. Accesibilidad a la atención

La ley 26.529 sobre Derechos de Paciente establece en su art. 2 inc. d, el deber de confidencialidad por parte del profesional de la salud. Por lo tanto, es necesario asegurar a toda persona que nada de lo conversado, ni el método suministrado será revelado sin su previo consentimiento. Así se garantiza el derecho a la intimidad de las personas consagrado en los artículos 18 y 19 de la Constitución Nacional.

2.1. En articulación con el Ministerio de Salud de la Provincia o la Nación, según corresponda, deberá ofrecerse a toda persona ingresante al sistema penitenciario, tenga o no visitas de reunión conyugal, todos los estudios relacionados con la Salud Sexual y reproductiva. Asimismo, deberán organizarse campañas de promoción de dichos testeos y estudios. La realización de los estudios debe ser solicitada por el médico interviniente respetando los principios de confidencialidad, autonomía de la voluntad y consentimiento informado.

2.2. Se deberán ofrecer todos los métodos anticonceptivos que provee el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (en su ámbito nacional o provincial), especificando los criterios médicos de elegibilidad de cada uno de los mismos, usos recomendados, cuidados, ventajas y desventajas. La selección de los mismos quedará sujeta a la decisión de los/as internos/as.

La atención a dispensarse a las personas privadas de libertad debe respetar en un todo los preceptos de la ley 26.743 sobre Identidad de Género de las Personas, prestando especial atención a las prestaciones establecidas en el artículo 11.

3. Accesibilidad a métodos anticonceptivos

3.1. El/la profesional médico deberá brindar información clara, precisa y adecuada sobre los diferentes métodos anticonceptivos (MAC) existentes y sus posibilidades a todo/a interno/a que lo solicite.

3.2. El/la profesional médico deberá proveer de cualquiera de los métodos anticonceptivos que entrega el Programa de Salud Sexual y Reproductiva cuando el/la interno/a así lo solicite, independientemente de que reciba o no visitas de reunión conyugal.

3.3. Los métodos anticonceptivos deben ser entregados de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía Para un Acceso sin Barreras —Instructivo para la distribución de insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable—.

3.4. En el caso de que se solicitara anticoncepción quirúrgica (vasectomía o ligadura tubaria), se deberá dar curso al pedido para que se realice la intervención, previo consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente, ni autorización judicial tal como lo establece la ley nacional 21.630.

3.5. Se deberá notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, la carencia o insuficiencia de los métodos anticonceptivos distribuidos, para garantizar el acceso sin barreras de todo/as lo/as internos/as.

3.6. A todo/a interno/a que recupere la libertad de circulación, previa constancia del domicilio que fijará, deberá entregársele un resumen de su historia clínica con la referencia del contacto de organismos gubernamentales que le faciliten el centro de atención sanitaria más cercano a su domicilio, todo ello bajo constancia en su legajo.

4. Vigilancia epidemiológica (indicadores de información trimestral)

4.1. Número de solicitudes de MAC discriminados por anticoncepción oral, de barrera, DIU.

4.2. Número de anticonceptivos de emergencia distribuidos.

4.3. Número de MAC entregados.

4.4. Número de cirugías solicitadas/efectuadas.

Esta información deberá ser enviada en forma trimestral al Programa Nacional o Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, según corresponda con fines de supervisión y estadísticos.

#### Protocolo de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento en materia de tuberculosis

1. Accesibilidad a la información y a insumos de prevención

1.1. Se deberán organizar y realizar talleres de tuberculosis periódicamente (al menos 6 veces al año), con el fin de implementar las líneas estratégicas del programa y con el acompañamiento del Programa local. En tales talleres participará personal del servicio médico y de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social.

1.2. Los destinatarios de dichos talleres serán los/as internos/as y el personal penitenciario, a quienes se les entregará material gráfico que incluya información acerca de la tuberculosis.

1.3. Se deberá notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, acerca de la carencia o insuficiencia de material de prevención para cumplir con los objetivos programáticos.

2. Accesibilidad al diagnóstico

2.1. Será responsabilidad del área de salud que se cumplan las normas técnicas de control de la tuberculosis en el ámbito del sistema penitenciario para la atención, diagnóstico, tratamiento y prevención en internos con tuberculosis.

2.2. Toda persona que ingrese a una unidad penitenciaria, deberá ser consultada durante la anamnesis acerca de síntomas respiratorios (tos y expectoración por más de 15 días), si es o fue de contacto con algún caso de tuberculosis confirmado, presencia de VIH —ya que en caso positivo, la persona deberá ser estudiada de tuberculosis—.

2.3. Ante la sospecha de un caso de Tuberculosis se deberá notificar del hecho en forma inmediata al área de salud y al Programa Local para comenzar con el estudio del caso sospechoso.

3. Accesibilidad al tratamiento

3.1. Será responsabilidad del médico tratante dejar constancia en la historia clínica del interno, acerca de solicitudes de diagnóstico para tuberculosis, resultados de laboratorio, notificación de resultados, control del tratamiento, verificación de traslados, y preparación de un resumen de historia clínica y copia de tarjeta de tratamiento, previo a un traslado o al egreso definitivo.

3.2. Será responsabilidad del personal encargado del tratamiento directamente observado (TDO), comunicar de modo fehaciente al médico tratante los casos de discontinuidad de tratamientos de los internos por voluntad propia o ajena.

3.3. Las medidas de aislamiento sanitario deberán asegurar la integridad física y psicológica del interno en salas preparadas para tal fin, no en celdas de reclusión.

3.4. Durante el tratamiento se deberá asegurar una adecuada alimentación, que permita garantizar la recuperación del interno.

3.5. En caso de ser confirmada la tuberculosis se debe hacer la oferta del test de VIH, según normas técnicas del Programa Nacional de Tuberculosis, con consejería pre y post-test, y bajo consentimiento informado asentado en la historia clínica del interno.

3.6. El personal responsable capacitado para la supervisión diaria de la toma de medicamentos, deberá proveer de un medio líquido al interno para su ingesta, y observar su toma efectiva. Deberá dejar asentado este hecho en la Tarjeta de Control de Tratamiento (TCT) en forma diaria.

4. Control y cumplimiento de los tratamientos

4.1. Será responsabilidad del médico tratante:

4.1.1. La notificación del caso confirmado en forma inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), para:

Asegurar la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico precoz.

Asegurar la provisión de los medicamentos en forma oportuna.

Citar y estudiar a los contactos del caso intra y extramuro, si la tuberculosis se confirma.

4.1.2. La implementación de un esquema de acuerdo a las normas técnicas del programa nacional de tuberculosis, a menos que se justifique y sea demostrado por medio de estudios de sensibilidad, la implementación de otros esquemas y/o el uso de medicamentos distintos a los que indican las normas.

4.1.3. Una vez confirmada la tuberculosis, la consignación de la patología en la historia clínica del paciente y la información fehaciente del comienzo del tratamiento al personal responsable capacitado para la supervisión de la toma de medicamentos. Además, deberá brindar al interno la información necesaria sobre las vías de contagio y los mecanismos de prevención para resguardar la salud de los contactos.

4.1.4. En los casos de disposiciones de traslado de internos, la evaluación de si el traslado y/o el alojamiento en la unidad penitenciaria (UP) de destino, obstaculiza la continuidad del tratamiento.

4.1.5. Todas las acciones referidas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento, deberán ser llevadas a cabo en articulación con el Programa Local.

4.2. Será responsabilidad del área de salud:

4.2.1. Cada interno con tuberculosis deberá poseer un registro diario del Tratamiento Directamente Observado (TDO). Proveerá a cada interno con tuberculosis de una Tarjeta de Control de Tratamiento (TCT) en donde se lleve a cabo un registro diario del Tratamiento Directamente Observado (TDO), lo que le sirve para asegurar la continuidad del tratamiento ante un eventual traslado o egreso.

4.2.2. Asegurar que, cada 15 días, el médico tratante controle la TCT. En el caso que el interno con tuberculosis se niegue a iniciar, continuar o finalizar su tratamiento, deberá dejarse constancia de esta negativa tanto en la historia clínica como en la TCT, con la suscripción del interno.

4.2.3. Prever que, en el caso de verificarse que no existen causas que obsten al traslado del interno, éste sea realizado junto con su TCT, y resumen de historia clínica. Asimismo, se deberá asegurar la medicación y designar a un responsable del tratamiento del interno en la unidad penitenciaria de destino.

4.2.4. En el caso que se adopten medidas de sanción en celdas de aislamiento a internos con tuberculosis, controlar que dicha celda se encuentre en óptimas condiciones de higiene, y que el interno reciba la alimentación adecuada, para poder continuar con su tratamiento.

4.2.5. A todo interno que recupere la libertad de circulación, previa constancia del domicilio que fije, asignar con un mes de anticipación el centro de atención más cercano a su domicilio, con una persona responsable de asegurar la continuidad del TDO una vez liberado, y haciendo el nexo con los Programas regionales y/o municipales de tuberculosis para asegurar la provisión continua de medicamentos.

4.2.6. Al momento del egreso del interno, entregar la medicación para un mes de tratamiento, la TCT y un resumen de historia clínica, dejando constancia en su legajo e historia clínica del nombre del establecimiento de atención donde continuará el TDO una vez liberado, y del responsable de la continuidad de su tratamiento extramuro.

5. Vigilancia epidemiológica (indicadores de información trimestral)

Será responsabilidad del área de salud requerir información a los médicos tratantes sobre:

5.1. Número de solicitudes de análisis para diagnóstico de tuberculosis.

5.2. Número de resultados negativos y positivos.

5.3. Número de internos bajo tratamiento.

5.4. Número de internos que se niegan a iniciar y/o continuar el tratamiento.

5.5. Número de actividades realizadas para la facilitación de la adherencia al tratamiento.

Esta información deberá ser enviada en forma bimestral al Programa Nacional o Provincial de tuberculosis, según corresponda, con fines de supervisión y estadísticos.

Protocolo de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento en materia de cáncer cérvico uterino

1. Accesibilidad a la información y a insumos de prevención

1.1. Se deberán organizar y realizar talleres de prevención del cáncer cérvico uterino y espacios de consejería pre y post prueba de Papanicolaou (PAP) periódicamente (al menos cuatro veces al año), con el fin de implementar las líneas estratégicas del programa, con acompañamiento del Programa Local. En tales talleres participará personal del servicio médico, y de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social.

1.2. Las destinatarias de dichos talleres serán las internas y el personal penitenciario a quienes se les entregará material gráfico que incluya información acerca del cáncer cérvico uterino. Estos talleres tendrán como objetivo no sólo la capacitación desde el punto de vista científico sino también en cuanto al derecho de acceso a la salud.

1.3. Se deberá notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, acerca de la carencia o insuficiencia de material o insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

2. Accesibilidad al diagnóstico

2.1. A toda mujer que ingrese a una unidad penitenciaria, se le realizará prueba de Papanicolaou. Dicho estudio deberá ser solicitado por el médico interviniente respetando los principios de confidencialidad, autonomía de la voluntad y consentimiento informado.

2.2. Los resultados deberán ser entregados a las internas en un plazo no mayor a 30 días.

3. Accesibilidad al tratamiento

3.1. A toda interna a la que se le haya diagnosticado una lesión, se le deberá garantizar el seguimiento y/o tratamiento adecuado en un lapso no mayor de 60 días.

3.2. En caso de resultados de Papanicolaou patológico será necesario asegurar que la interna reciba el resultado de su examen y la información que corresponda en relación al seguimiento y tratamiento a seguir.

3.3. El seguimiento, tratamiento y notificación deberá hacerse en articulación con el Programa Local.

4. Control y cumplimiento de los tratamientos

4.1. En los casos de disposiciones de traslados de internas, deberá evaluarse si los mismos y/o el alojamiento en la unidad penitenciaria de destino, obstaculiza la continuidad del tratamiento.

4.2. En el caso de verificarse que no existen causas que obsten al traslado de la interna, el mismo deberá realizarse junto con el resumen de historia clínica y asegurarse la medicación en la unidad penitenciaria de destino.

4.3. En el caso que se adopten medidas de sanción en celdas de aislamiento a internas bajo tratamiento, el personal de salud de la unidad penitenciaria deberá controlar que dicha celda se encuentre en óptimas condiciones de higiene y que la interna reciba la alimentación adecuada.

4.4. A toda interna que recupere la libertad de circulación, previa constancia del domicilio que fije, se le deberá asignar con un mes de anticipación, el centro de atención más cercano a su domicilio para la prosecución de su tratamiento, informándole acerca de los estudios en curso.

4.5. Al momento del egreso, se le hará entrega de un resumen de historia clínica, dejando constancia en su legajo del nombre del establecimiento de atención donde continuará su tratamiento.

4.6. Las internas que se encuentren en prisión domiciliaria, deberán fijar domicilio, llevar su historia clínica para poder continuar con su tratamiento, y ser visitadas y/o acompañadas por una asistente social, la que facilitará la atención en el centro sanitario, garantizando una atención adecuada a la patología de la paciente.

4.7. Será responsabilidad del médico tratante:

4.7.1. Dejar constancia en las historias clínicas de las solicitudes de análisis citológicos, colposcópicos y biopsias.

4.7.2. Verificar la notificación a las internas de los resultados, sean cual fueren sus diagnósticos.

4.7.3. Controlar el tiempo existente entre el momento que se solicita la toma, ésta se realiza y se elaboran los informes.

4.7.4. Controlar el seguimiento y tratamiento.

4.7.5. Preparar el resumen de la historia clínica, con la referencia del contacto de organismos gubernamentales que faciliten la atención sanitaria.

4.8. Será responsabilidad del área de salud:

4.8.1. Cargar en el sistema SITAM (Sistema de información para el tamizaje) el control del tratamiento y el seguimiento ginecológico de cada interna.

4.8.2. Atender a que el laboratorio que realice las lecturas de los extendidos, garantice un resultado de calidad. Para ello el laboratorio deberá:

Estar a cargo de un médico especializado en citopatología, quien será el responsable del diagnóstico final.

Contar con un cito técnico, para tamizaje de los PAPs.

Diagnosticar no menos de 5000 extendidos por año.

Recibir controles de calidad internos y externos.

Asegurar que la coloración sea la de Papanicolaou.

Controlar que se informe por el Sistema Bethesda.

Controlar que los datos y resultados sean incorporados al SITAM

De no poder cumplimentarse los estándares y condiciones, es aconsejable que los estudios de Paps sean enviados a un laboratorio extramuros. En ese caso, el traslado de las muestras y los resultados debe ser realizado por personal del servicio penitenciario bajo las normas de bioseguridad recomendadas.

5. Vigilancia epidemiológica (indicadores de información trimestral)

Será responsabilidad del área de salud requerir información a los médicos tratantes sobre:

5.1. Número de tomas de PAP.

5.2. Número de resultados negativos y positivos.

5.3. Número de seguimiento y tratamientos de las lesiones.

5.4. Número de internas que se niegan a iniciar, continuar o terminar el tratamiento.

5.5. Número de establecimientos de tratamiento y evolución de los casos.

Esta información deberá ser enviada en forma trimestral al Programa Provincial y Nacional de cáncer de cuello de útero, según corresponda, con fines de supervisión y estadísticos

Pautas de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento de las mujeres embarazadas

1. Accesibilidad a la información y a la prevención de enfermedades

1.1. Se deberá promover la sensibilización de los profesionales en la atención de mujeres en contexto de encierro, teniendo en cuenta que los embarazos que transcurren en éstos, son por sí mismos de riesgo para la salud de la madre y del niño.

1.2. Se deberán organizar y realizar talleres de cuidados durante el embarazo (al menos cuatro veces al año) con el fin de implementar las líneas estratégicas del programa y con el acompañamiento del programa local. En tales talleres participará personal del servicio médico, y de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social.

1.3. Las destinatarias de dichos talleres serán las internas y el personal penitenciario, a quienes se les entregará material gráfico que incluya información acerca del cuidado del embarazo. Estos talleres tendrán como objetivo no sólo la capacitación desde el punto de vista científico sino también en cuanto al derecho de acceso a la salud.

1.4. Se deberá notificar al Programa Nacional o Provincial, según corresponda, acerca de la carencia o insuficiencia de material o insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

## 2. Accesibilidad al tratamiento y seguimiento adecuado

2.1. Se deberá organizar la atención conjunta con los efectores de salud con el fin de disminuir demoras y/o cualquier otra actitud discriminatoria hacia las mujeres embarazadas en situación de encierro.

2.2. Se deberá coordinar visitas programadas del equipo de salud penitenciario a cargo, con aquel efector de salud seleccionado, para la realización del parto (Maternidad de mayor complejidad) donde se realizará el parto, a fin de establecer las redes correspondientes que garanticen la efectividad de la referencia y contra referencia.

2.3. Se deberá coordinar contacto previo entre la embarazada y el efector de salud en donde se realizará la atención del parto y del recién nacido, a fin de establecer una relación de conocimiento y confianza.

2.4. Se deberá proveer a todas las mujeres embarazadas, los tratamientos medicamentosos, vacunas y estudios complementarios necesarios, tanto para la prevención de patologías específicas como para el tratamiento de situaciones secundarias al embarazo<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Ver DIRECCION NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA, "Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal".

Las unidades penitenciarias que cuentan con profesionales médicos obstetras o licenciados en obstetricia, realizarán los controles correspondientes, debiendo el área de salud, contar con un consultorio adecuado y con el equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

Camilla ginecológica.

Cinta obstétrica.

Detector de latidos fetales o estetoscopio de Pinard.

Gestograma.

Balanza con tallímetro.

Tensiómetro, estetoscopio, termómetro.

Guantes descartables comunes.

Algodón y gasa.

Fotósfero.

Ambiente limpio, amigable, con posibilidad de integrar en la consulta al acompañante.

De no poder cumplimentarse los estándares y condiciones para la atención de las mujeres embarazadas, se deberán derivar para todos sus controles a servicios de obstetricia extramuros.

2.5. El equipo de salud será responsable de:

2.5.1. Garantizar los traslados a los centros de salud más cercanos con vistas a efectivizar los controles prenatales en todas aquellas unidades de alojamiento que no cuenten con profesionales idóneos.

2.5.2. Reglamentar el control prenatal acorde a los lineamientos establecidos en las recomendaciones de la "Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal", emitida por el Ministerio de Salud de la Nación.

3. Control y cumplimiento de los tratamientos.

El equipo de salud será responsable de:

3.1. Elaborar redes de atención perinatal con los efectores sanitarios locales de los niveles correspondientes (centro de salud, hospital, etc.), monitoreando en forma permanente su correcto funcionamiento.

3.2. Promover la referencia al nivel de atención adecuado y la contrarreferencia a la unidad penitenciaria y al efector que realizó la derivación.

4. Vigilancia epidemiológica (indicadores de información trimestral)

Será responsabilidad del área de salud requerir información a los médicos tratantes sobre:

4.1. Número de mujeres embarazadas (promedio anual).

4.2. Número de mujeres según edad y trimestre que cursen del embarazo.

4.3. Número de mujeres con seguimiento intramuros y extramuros realizados.

4.4. Número de mujeres con laboratorio y serología correspondiente a edad gestacional realizadas.

4.5. Número de mujeres con estudios ecográficos correspondiente a edad gestacional realizadas.

4.6. Número de mujeres con esquemas de vacunación completo correspondiente a edad gestacional.

4.7. Nombre de establecimientos de referencia, tanto para seguimiento como para atención al momento del parto por interna por unidad (se deberá tener en cuenta que en el caso de seguimiento extramuros del control del embarazo pueden ser efectores de salud de diferente complejidad. Siempre especificar).

Esta información deberá ser enviada en forma trimestral al Programa Provincial y Nacional de Maternidad e Infancia, según corresponda, con fines de supervisión y estadísticos.

Protocolo de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento en materia de salud mental

1. Accesibilidad a la información y a insumos de prevención

1.1. Se deberán organizar y realizar talleres periódicamente (al menos seis veces al año) para la promoción de la salud y la prevención específica de problemáticas vinculadas con la salud mental y las adicciones, cuya coordinación estará a cargo del personal de salud abocado a la atención de los/as internos/as, en articulación con el Programa Local.

1.2. Los destinatarios de dichos talleres serán los/as internos/as y sus familiares, a quienes se les brindará información básica sobre prevención y accesibilidad a los tratamientos disponibles.

1.3. Se ofrecerán insumos para la promoción y prevención específica al personal de seguridad que se desempeña en las unidades penitenciarias.

1.4. Se deberá notificar a la Dirección Nacional o Programa Provincial, según corresponda, acerca de la carencia o insuficiencia de material e insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

2. Accesibilidad al diagnóstico

De arribar a un diagnóstico en el campo de la salud mental, ello no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse luego de una evaluación interdisciplinaria que se efectúe en cada situación particular y en un momento determinado.

3. Accesibilidad al tratamiento

3.1. El equipo de salud deberá confeccionar una historia clínica unificada que estará a disposición del interno/a cada vez que requiera información sobre sus antecedentes clínicos o el proceso de tratamiento implementado.

3.2. El/la interno/a tendrá derecho a tomar decisiones relacionadas con el proceso de atención y el tratamiento recomendado.

3.3. Deberá garantizarse el proceso de atención en un ambiente apto que asegure el resguardo de la intimidad del/la interno/a y en donde sea respetada la libertad de comunicar aspectos confidenciales relativos a su vida privada.

3.4. Los profesionales de la salud mental que traten a un/a interno/a no podrán formar parte del Gabinete Criminológico que evalúe su situación procesal.

3.5. Se garantizará el cumplimiento de las normas del consentimiento informado, así como el derecho del interno/a a recibir toda la información pertinente a su tratamiento, a través de medios y tecnologías adecuados para su comprensión.

4. Control y cumplimiento de los tratamientos

4.1. La prescripción de medicación debe responder solamente a las necesidades fundamentales de la personas con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo o mecanismo de control de la población, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos puede realizarse solamente mediante las evaluaciones profesionales pertinentes y no de forma automática.

4.2. El profesional responsable de la prescripción, deberá dejar constancia de estas decisiones en la historia clínica, e informar de manera fehaciente sobre las pautas generales de tratamiento al personal responsable de controlar la toma de medicamentos y de llevar adelante tratamiento directamente observado (TDO).

4.3. En caso de que la persona con padecimiento mental se niegue a adoptar medidas relacionadas con el proceso de tratamiento haciendo uso de su libertad de decisión, deberá dejarse constancia de esto en la historia clínica.

4.4. En aquellos casos en los cuales se decida el traslado del interno/a a otra unidad penitenciaria, el mismo no deberá obstaculizar el proceso de tratamiento, coordinando además con los profesionales que asuman el proceso de tratamiento para su control o seguimiento posterior.

4.5. A todo/a interno/a que recupere la libertad de circulación se le deberá asegurar la continuidad del tratamiento con un profesional tratante extramuros, referenciándolo a un centro de salud u hospital más cercano a su domicilio, con un turno otorgado.

4.6. Al momento del egreso, de aquellas personas que vean afectada su autonomía por la índole y severidad de la patología, se coordinará su ingreso y permanencia en dispositivos comunitarios habilitados para el alojamiento de personas con padecimiento mental (PRISMA).

4.7. A fin de favorecer la inclusión y autonomía de las personas con padecimiento mental privadas de la libertad, se deberá gestionar el acceso a los subsidios económicos previstos.

5. Vigilancia epidemiológica

5.1. Número y tipo de talleres.

5.2. Número de internos/as asistentes por taller.

5.3. Número de familiares o referentes afectivos/vinculares asistentes por taller.

5.4. Número de internos/as por tipo de diagnóstico en el campo de la salud mental según CIE 10.

5.5. Número de internos/as con diagnóstico en el campo de la salud mental bajo tratamiento.

5.6. Número de personas privadas de la libertad con diagnóstico en el campo de la salud mental atendidos por equipo interdisciplinario.

5.7. Número de internos/as con diagnóstico en el campo de la salud mental que prestaron consentimiento informado.

5.8. Número de internos/as con diagnóstico en el campo de la salud mental derivados a dispositivos comunitarios habilitados para el alojamiento de personas con padecimiento mental.

Dicha información será enviada con una frecuencia semestral a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación o local, para contribuir a los datos generales que hacen a la salud del país.

1. Acceso a la información sobre las enfermedades prevenibles a través de la vacunación. Las vacunas disponibles. Difusión del 0-800-222-1002

1.1. Teniendo en cuenta que una de las líneas estratégicas del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles consiste en la transición de la vacunación del niño a la familia y el acceso universal a las vacunas para el 100% de la población objetivo y a la información, se dispondrá material gráfico de difusión en los lugares de circulación de la población penal y lugares específicos definidos para tal fin.

1.2. En todos los sectores en los que haya teléfonos que habiliten la comunicación de los internos con el exterior se colocarán los stickers que contengan la referencia al 0-800-222-1002.

1.3. Asimismo, en los sectores de circulación de internos se adosarán carteles de promoción de la línea y de las vacunas disponibles para la población que vive en contexto de encierro.

1.4. Se deberán organizar y realizar talleres de Promoción de la Salud y Prevención Primara a través de las Vacunas (entre cuatro y seis veces al año) donde participará personal del servicio médico, de las divisiones de: Educación, Seguridad y Asistencia Social, con el fin de implementar las líneas estratégicas del programa, con el acompañamiento del Programa jurisdiccional.

1.5. Los destinatarios de dichos talleres serán los/as internos/as y el personal penitenciario, a quienes se les entregará material gráfico que incluya información acerca de la prevención de enfermedades a través de la vacunación.

1.6. Se deberá notificar al Programa Jurisdiccional y Nacional, según corresponda, la carencia o insuficiencia del material e insumos para cumplir con los objetivos programáticos.

## 2. Accesibilidad a la vacunación

2.1. A toda persona que ingrese a una unidad penitenciaria se le deberá controlar los antecedentes de vacunación y se le administrarán las vacunas según Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012, en caso de no disponer de los antecedentes de vacunación se reiniciará el esquema en función de la edad.

2.2. Se organizarán campañas o acciones intensivas de vacunación en función de la situación epidemiológica nacional o local y acciones de promoción de la vacunación, en articulación con el Programa jurisdiccional.

2.3. Se hará especial hincapié en la vacunación de las mujeres embarazadas y niños que viven en contexto de encierro.

2.4. Se otorgará un Carnet de Vacunación que certifique nombre y apellido, vacuna aplicada, lote, fecha de aplicación, fecha de vencimiento, fecha de la próxima dosis a cada interno/a. Las vacunas aplicadas deberán registrarse en sistema de registro nominal de dosis aplicadas definido para tal fin (NomiVac).

2.5. Será responsabilidad del médico tratante dejar constancia en la historia clínica del interno las vacunas aplicadas y las pendientes de aplicación.

2.6. El interno/a deberá ser asesorado/a integralmente sobre la relevancia de la prevención de enfermedades a través de la vacunación y el beneficio tanto individual como de quienes lo rodean, especialmente tratándose de una comunidad cerrada.

## 3. Accesibilidad al tratamiento y control de foco de enfermedades inmunoprevenibles

3.1. El médico infectólogo o tratante de cada unidad deberá notificar, investigar y realizar las acciones de control de cualquier enfermedad inmunoprevenible o brote de la misma según Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012. El profesional interviniente deberá brindar al interno/a la información necesaria para la prosecución del tratamiento.

3.2. Se deberán implementar las estrategias que se consideren pertinentes, en articulación con los Programas de Sida Jurisdiccional y Nacional, según corresponda, para el control del foco/brote.

3.3. Se dejará constancia del Tratamiento en la Historia Clínica, como así mismo de la negativa a iniciar o continuarlo y las estrategias abordadas.

## 4. Cumplimiento de los esquemas de vacunación. Tratamiento y control de foco

### 4.1. Será responsabilidad del médico tratante:

4.1.1. Dejar constancia de la vacunación, tratamiento y acciones de control de foco en la Historia Clínica, como asimismo de la negativa por parte del interno a la misma.

En caso que el interno se niegue a recibir las vacunas y/o tratamiento se realizarán las acciones legales pertinentes con el objeto de lograr su consentimiento.

En el caso que se adopten medidas de sanción en celdas de aislamiento a internos/as, el médico tratante deberá controlar que dicha celda se encuentre en óptimas condiciones de higiene, y que el interno reciba la alimentación adecuada, para poder completar los esquemas de vacunación y el tratamiento.

### 4.2. Será responsabilidad del área de salud:

4.2.1. En los casos de disposiciones de traslado de internos/as deberá evaluarse si el traslado y/o el alojamiento en la unidad de destino no obstaculizan la continuidad de los esquemas de vacunación o tratamiento del interno.

4.2.2. En el caso de verificarse que no existen causas que obsten al traslado del interno, el mismo deberá realizarse junto a su historia clínica, carnet de vacunación, planilla de tratamiento y la medicación necesaria.

4.2.3. A todo interno que recupere la libertad de circulación, previa constancia del domicilio que fijará, deberá entregársele:

a. Carnet de Vacunación,

b. Resumen de su historia clínica con las indicaciones para completar los esquemas de vacunación

c. Referencia del contacto de organismos gubernamentales que le faciliten el centro de atención sanitaria más cercano a su domicilio. Todo ello bajo constancia en su legajo.

## 5. Vigilancia epidemiológica

Será responsabilidad del área de salud requerir información a los médicos tratantes sobre:

5.1. Número de personal de salud destinado a tareas de vacunación por unidad.

5.2. Número de heladeras exclusivas para vacunas por unidad con grupo electrógeno.

5.3. Número de mujeres embarazadas vacunadas contra la gripe/total de mujeres embarazadas (en cualquier trimestre del embarazo).

5.4. Número de mujeres embarazadas vacunadas contra la tos convulsa/total de mujeres embarazadas (a partir de la semana veinte de gestación)

5.5. Número de niños de 6 meses con esquema completo de vacunación

5.6. Número de niños de un año con esquema completo de vacunación

5.7. Número de niños de 18 meses con esquema completo de vacunación

5.8. Número de niños hasta 4 años con esquema completo de vacunación

5.9. Número de personas que viven con VIH vacunados adecuadamente

5.10. Niños y adultos comprendidos en el Programa de Huéspedes especiales vacunados adecuadamente

5.11. Número de niños expuestos perinatales al VIH vacunados con IPV (diferir la vacunación con BCG)

5.12. Número de internos con esquema completo de vacunación para tétanos, difteria, hepatitis B

Esta información deberá ser enviada en forma trimestral al Programa Jurisdiccional y Nacional de control de Enfermedades Inmunoprevenibles, según corresponda, con fines de supervisión y estadísticos.

## Protocolo de enfermedad de Chagas

### Ejes de los Protocolos

Las Direcciones y Programas tuvieron en cuenta los siguientes 5 ejes al momento de la conformación de los Protocolos, acorde al grado de vulnerabilidad de la población alojada en las unidades penitenciarias:

1. Accesibilidad a la información y a los insumos de prevención.

2. Accesibilidad al diagnóstico.

3. Accesibilidad al tratamiento.

4. Control y cumplimiento de los tratamientos.

5. Vigilancia epidemiológica.

1. Accesibilidad a la información y a los insumos de prevención

1.1. Se deberán realizar talleres de información acerca de la enfermedad de Chagas con el fin de implementar las líneas estratégicas del Programa, con el acompañamiento del Programa Local. En estos talleres participará personal del servicio médico y de las divisiones de educación, psicología, seguridad y asistencia social.

1.2. Los destinatarios de esos talleres serán las/los internas/os y el personal penitenciario, a quienes se les explicará la importancia de detectar la enfermedad, sus posibilidades de tratamiento y, en el caso de las embarazadas infectadas, la importancia del diagnóstico del recién nacido y su grupo familiar para poder realizar tratamiento.

2. Accesibilidad al diagnóstico

2.1. A toda persona que ingrese a la unidad penitenciaria se le debe ofrecer y alentar a la detección de la enfermedad de Chagas y se le debe explicar la importancia de realizar estudios a sus hijos (RN y grupo familiar) y de hacerles tratamiento.

2.2. El suero extraído para diagnóstico se podrá enviar para su procesamiento a un laboratorio perteneciente a la Red Pública de Laboratorios Provinciales de diagnóstico, coordinada por el INP Mario Fatała Chaben.

3. Accesibilidad al tratamiento

3.1. Ante la confirmación de un caso positivo, se deberá acordar:

a. Que el servicio social contacte a los hijos de las madres infectadas y se les realice las pruebas serológicas.

b. Que, en caso de niños con diagnóstico positivo, se realice la articulación pertinente con el centro de salud más cercano con vistas a promover el tratamiento.

c. Que toda mujer embarazada sea estudiada para confirmar o descartar una infección crónica por *Trypanosoma cruzi*. La ley 26.281 hace obligatorio el seguimiento y estudio de todo niño de madre con infección crónica por *T. cruzi* hasta el año de vida —por métodos parasitológicos al nacer y serológicos después de los 10 meses de vida—.

d. Que se le proponga tratamiento a los internos hombres o mujeres no embarazadas positivos, planteándoles además las limitaciones del mismo en adultos.

e. Que se investiguen complicaciones cardiológicas y/o digestivas en todos los internos infectados.

f. Que el tratamiento se lleve a cabo bajo control médico.

4. Control y cumplimiento de los tratamientos

4.1. Será responsabilidad del médico tratante:

a. Notificar el caso confirmado de forma inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) del Ministerio de Salud de Nación.

b. Citar y estudiar a los hijos de madres positivas para su diagnóstico.

c. Controlar el tratamiento de los internos infectados.

d. Dejar asentada en la historia clínica la medicación prescrita.

4.2. Será responsabilidad del área de salud:

a. Asesorar al sistema de salud de la institución en las prácticas de atención o prestar el servicio de atención según los acuerdos de cooperación establecidos entre la institución y las unidades sanitarias.

b. Seguir la guía del paciente infectado por *T. cruzi* y las Normas de Diagnóstico del Ministerio de Salud.

5. Vigilancia epidemiológica

Será responsabilidad del área de salud requerir información a los médicos tratantes sobre:

a. Número de internos.

b. Número de análisis realizados a los internos.

c. Número de resultados positivos y negativos.

d. Número de internos bajo tratamiento.

e. Número de niños estudiados, detectados positivos y tratados, a partir de las madres diagnosticadas positivas.