UNIDAD DE SERVICIOS PENITECIARIOS Y CARCELARIOS - USPEC

MANUAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD A CARGO DEL INPEC

BOGOTÁ D.C. 28 DICIEMBRE 2020

USPEC
UNIDAD DE SERVICIOS
PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS

TABLA DE CONTENIDO

1. PROCESO 4
2. SUB PROCESO 4
3. OBJETIVO 4
4. ALCANCE 4
5. DEFINICIONES 5
6. DISPOSICIONES GENERALES 13
6.1. MARCO LEGAL 13
7. CAPITULO I: SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA 14
7.1. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA 15
7.2. REQUISITOS QUE SE DEBEN CUMPLIR PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 15
7.3. GESTIÓN DEL RIESGO 17
7.3.1. Seguridad del paciente 17
7.4. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN 18
7.5. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD 19
7.5.1. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud 19
7.5.2. Acciones de auditoría en salud 19
7.6. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD PENITENCIARIA 20
7.7. COMITÉS 20
8. CAPÍTULO II SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD 21
8.1. COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA 21
8.1.1. Modalidad aseguramiento intramural 21
8.1.2. Modalidad de aseguramiento de prisión o detención domiciliaria o vigilancia o control electrónico 22
8.1.3. Modalidad de aseguramiento de atención menores de tres años que conviven con sus madres en los ERON 22
8.1.4. Población privada de la libertad que adquiere su libertad 22
8.2. ACTORES EN SALUD DEL SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO 23
8.2.1. Responsabilidades de los prestadores del servicio de salud intramural 23
8.2.2. Responsabilidades del INPEC 25
8.2.3. Responsabilidades de la USPEC 26
8.2.4. Responsabilidades de la entidad fiduciaria 26
8.3. ATENCIÓN EN SALUD 27
8.3.1. MODALIDAD EN LA QUE LOS PPL RECIBEN LOS SERVICIOS DE SALUD 27
8.4. PUERTAS DE ENTRADA DEL SERVICIO DE SALUD PENITENCIARIO 29
8.4.1. Examen de ingreso (consulta médica primera vez) 29
8.4.2. Consulta externa 31
8.4.3. Intervenciones colectivas e individuales 34
8.4.4. Atención integral a población especial 35
8.5. ATENCIÓN INTRAMURAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN SALUD MENTAL 35
8.5.1. Atención Inicial de urgencias 36
8.5.2. Prestación de servicio de salud por telemedicina 36
8.5.3. Modalidad extramural y sistema de referencia y contrarreferencia 38
8.5.4. Jornadas móviles de atención en salud intramurales 40
8.5.5. Prestación del servicio de odontología por jornadas móviles 41
8.6. Manejo historia clínica 41

8.7. Examen de Egreso 42
9. CAPITULO III SALUD PÚBLICA 43
9.1. CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA 43
9.2. PRINCIPALES FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA 44
9.3. LÍNEAS OPERATIVAS DE LA SALUD PÚBLICA 44
9.3.1. Línea de Promoción de la Salud 44
9.3.2. Enfoque de atención primaria en salud en el modelo de atención para la PPL 45
9.3.3. Promoción de la salud mental y la convivencia 46
9.3.4. Línea de gestión del riesgo en salud 47
9.3.5. Línea de vigilancia en salud pública 52
9.3.6. Línea de gestión de la salud pública 59
9.4. DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA,. 60

1. PROCESO

Gestión de Suministro de Bienes y Prestación de Servicios

2. SUB PROCESO

Suministro de Servicios

3. OBJETIVO

Definir los lineamientos necesarios para la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad – PPL a cargo del INPEC, para garantizar, a través de su implementación, la continuidad, integralidad, integridad y los criterios de calidad que exige la legislación vigente, con un enfoque preventivo.

Objetivos específicos

- Garantizar los servicios de salud al cien por ciento de la población privada de la libertad a cargo del Fondo Nacional de Salud.
- Garantizar la articulación exigida por la normatividad vigente con las EPS y entidades que administren fondos especiales, para la atención en salud de la población privada de la libertad afiliada a los regímenes: contributivo, especial y de excepción.
- Definir las acciones para la implementación de las responsabilidades de cada uno de los actores en salud, del Sistema Penitenciario y Carcelario, según la legislación vigente.
- Realizar gestión del riesgo en la prestación de servicios de salud y en las intervenciones de salud pública en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional –ERON a cargo del INPEC.
- Realizar las intervenciones colectivas en salud pública que corresponden, en los ERON a cargo del INPEC.
- Implementar un sistema de calidad que permita monitorear de forma permanente la prestación de los servicios de salud que se le brindan a la población privada de la libertad, ya sean intramurales o externos.
- Promover el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud por medio de la evaluación periódica de los procesos, que permitan orientar e implementar las acciones de mejora requeridas.

4. ALCANCE

El presente documento es de aplicación a nivel nacional en todos los establecimientos de reclusión para la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad -PPL a cargo del INPEC e inicia con el examen de ingreso y finaliza con el examen de egreso. Este es un documento interinstitucional con responsabilidades de los actores del Fondo Nacional de Salud PPL, conforme a lo establecido en el Decreto 2245 de 2015 y 1142 de 2016.

5. DEFINICIONES

Aislamiento: separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible, del resto de las personas.

Aislamiento sanitario: medida de control utilizada para evitar la propagación de casos de enfermedades consideradas como infecto contagiosas.

Ambiente: lugar físico delimitado por barrera fija piso techo, en la cual se realiza una actividad específica o varias compatibles (Decreto 2676 / 2000).

Área o espacio: Lugar físico no necesariamente delimitado con barrera física, en el cual se realiza una actividad específica (Resolución 2003/14).

Área de aislamiento: espacio físico destinado al aislamiento de PPL con enfermedades trasmisibles.

Área de procedimientos menores: lugar físico limpio, no necesariamente delimitado con barrera física, ubicado en consultorios de enfermería, de terapias, de medicina general o de medicina especializada, en el que se realizan procedimientos menores (Resolución 2003/14).

Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.

Atención en salud de la PPL: se define como el conjunto de servicios de salud que se prestan al usuario en el marco de los procesos establecidos en el presente manual, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presta a la PPL.

Atención Inicial de Urgencias –AIU: se define como aquella prestación de servicios de salud en donde se estabilizan signos vitales**,** diagnóstico de impresión y definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

Atención integral e integrada en salud mental: la atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

Atención primaria en salud: es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la detección temprana de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema penitenciario.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (Decreto 1011 / 2006).

Auxiliares en las áreas de la salud: se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: auxiliar en salud oral, auxiliar en salud pública, auxiliar en enfermería, auxiliar en servicios farmacéuticos y auxiliar administrativo en salud (Decreto 3616 de 2005).

Autoridad sanitaria: entidad jurídica de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.

BAI: "Búsqueda Activa Institucional" que debe realizar cualquier prestador de servicios de salud y las entidades territoriales a fin de determinar probables nuevos casos de cualquier evento de interés en salud pública, que tenga riesgo de presentarse en determinada población.

Barrera física: elementos materiales que permiten separar áreas o espacios, ambientes o servicios entre sí (Resolución 2003/14).

BDUA: Base de datos única de afiliados de los regímenes subsidiado y contributivo en salud.

Calidad de la atención en salud: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Capacidad instalada: es la disponibilidad de áreas con que cuenta la Unidad de Atención Primaria para prestar los servicios de salud.

Cobertura en salud: entiéndase como los beneficios en el sistema de salud a las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, que cumplen con los requisitos para la prestación de los servicios de salud a cargo de los recursos del fondo nacional de salud para PPL.

Contratación derivada: es aquella realizada a través de encargo fiduciario quien recibe recursos con la finalidad de celebrar contratos con terceros, previa instrucción y mandato de la USPEC. Dicha contratación comprende las personas naturales y jurídicas para prestación de los servicios en el interior de los establecimientos carcelarios, la red de instituciones prestadoras de servicios intramurales y extramurales, así como los servicios de aseo y desinfección de áreas asistenciales, recolección de residuos hospitalarios, papelería médica y los demás contratos que se realicen con personas naturales y jurídicas para la atención en salud o servicios conexos de la población privada de la libertad adoptado por la Resolución 3595 de 2016 de Ministerio de Salud y Protección Social.

Consulta externa: servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos.

Consulta odontológica general y especializada: valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral. La valoración comprende anamnesis, examen clínico, definición de impresión diagnóstico, plan de tratamiento y tratamiento en cualquier fase de atención: promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de urgencia, general y especializada.

Consulta médica: valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento en cualquier fase de la atención: promoción, curación, rehabilitación y/o paliación. La consulta puede ser programada, de urgencia o general y especializada.

Consulta prioritaria: servicio de consulta externa, orientado a atender condiciones de salud de baja complejidad que requieren ser atendidos con libre acceso para los usuarios. No abarca atención 24 horas e incluye una o varias de las actividades de consulta por un profesional de la salud y procedimientos menores.

COSAD: Comité de Seguimiento de Atención en Salud. (INPEC).

CRM: son centros de reclusión para los miembros de la fuerza pública que tienen medida de detención, preventiva o de privación de la libertad.

Demanda inducida: hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Las acciones de demanda inducida serán encaminadas a captar la población privada de libertad por grupo de edad, con el fin de garantizar el acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Detección temprana: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Detención domiciliaria: privación preventiva de la libertad en el domicilio del imputado.

EMI: sigla para referirse al examen médico de ingreso. Usada también como abreviatura para referirse al formato que debe ser diligenciado por el profesional de la salud, al ingreso del PPL.

Enfermedad mental: alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Equipo biomédico: dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso (Decreto 4725 /2005).

ERON: Establecimiento(s) de Reclusión del Orden Nacional. Denominación única y general para referirse a cualquier establecimiento, sin especificar perfil alguno.

ESE: Empresa Social del Estado.

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

EISP: sigla para referirse a los Eventos de Interés en Salud Pública, considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

Examen de ingreso: verificación del estado de salud física y mental, a fin de determinar las afecciones con las que ingresa el PPL al ERON, para su respectivo direccionamiento a los tratamientos, valoraciones y demás procesos que le sean correspondientes.

Examen de egreso: verificación del estado de salud física y mental, a fin de determinar las afecciones con las que egresa el PPL del ERON.

Factores de riesgo / Factores protectores: aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.

FNS-PPL: sigla para denominar al Fondo Nacional de Salud para la PPL, creado mediante la Ley 1709 de 2014, de cuyos recursos se financia la prestación de los servicios integrales en salud.

Generador: es la persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH – Ministerio de Salud – Ministerio del Medio Ambiente).

Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. (Resolución 2003/14).

HC: sigla para denominar la Historia Clínica.

Hospitalización en unidad de salud mental: es la atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su patología mental, para estabilizar y monitorear la sintomatología en salud mental, los cuales se efectúan con una estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación externa.

ICBF: sigla para denominar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

IEC: sigla para referirse al proceso de Información, Educación y Comunicación, que debe realizar para el caso particular de la PPL, los prestadores de servicios de salud, INPEC y las entidades territoriales, en cada ERON.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

IPS - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, pueden ser públicas o privadas y se clasifican en niveles de complejidad de acuerdo a los servicios que habiliten.

IVC: sigla para referirse al proceso de Inspección, Vigilancia y Control, que debe realizar por norma cada entidad territorial.

Listado censal: es el mecanismo con el cual se identifica la población privada de la libertad a cargo del INPEC, el cual contiene los datos básicos de identificación que permiten establecer los beneficiarios de la cobertura en salud con los recursos del Fondo Nacional de Salud.

LGBTI: sigla para denominar la comunidad con identidad sexual diversa, denominados como Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales.

Medidas sanitarias: conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

Modelo de atención en Salud – M.A.S: Adoptado mediante las Resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016, comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los prestadores y los recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a la PPL, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema de salud penitenciario, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

MTA: Manual Técnico Administrativo para la Implementación del M.A.S.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PIGA: Plan Institucional de Gestión Ambiental.

PGIRASA: Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades.

PAMEC: Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud**,** definida en el Modelo de Atención en Salud para la PPL.

Perfil epidemiológico: es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

Plena identidad: es el procedimiento mediante el cual se establece la verdadera identidad de una persona a través de las bases de datos sistematizadas y archivos alfabéticos y decadactilares de la Registraduría Nacional del Estado Civil, mediante la cedulación y así prevenir acciones tendientes a vulnerar la seguridad e integridad del sistema penitenciario y carcelario. (INPEC, P.3) http://epn.gov.co/index.php/estudios-e-investigacion/publicaciones/glosariopdf.

PPL: Población Privada de la Libertad o Persona Privada de la Libertad.

PAI: Programa Ampliado de Inmunización (vacunación).

Prestadores de servicios de salud: se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes.

Procedimiento en salud: es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto (Resolución 2003/14).

Procedimientos menores: se trata de procedimientos terapéuticos y diagnósticos, quirúrgicos o no, que como criterios generales, si requieren anestesia, no conllevan a una complejidad mayor a la anestesia local, nunca implican anestesia regional ni general y son ambulatorios; no requieren hospitalización ni áreas de recuperación; pueden ser realizados en los consultorios de medicina general o especializada, en servicios de urgencia o servicios hospitalarios, en áreas o ambientes (salas), destinados para su realización (Resolución 2003/14).

Procedimientos mayores: se trata de procedimientos terapéuticos y diagnósticos, quirúrgicos o no, que, como criterios generales, requieren anestesia regional, general o sedación; observación posterior al procedimiento o internación y para su realización puede requerir quirófano y el apoyo de personal auxiliar entrenado (Resolución 2003/14).

Promoción de la salud mental: es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

Protección específica: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de la PPL frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

PYD: Programas de Protección específica y Detección temprana.

PYP: Programas de promoción y prevención.

Protocolo: es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. En las instituciones sólo se exigirán las guías y protocolos de los procedimientos que se realicen (Resolución 2003/14).

Protocolo de vigilancia en salud pública: es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Red de prestación de servicios: es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia que busca garantizar la calidad de la atención en salud intramural y extramural, ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Red de prestación complementaria: los prestadores de servicios de salud complementarios extramurales se encuentran ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión y requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización, que no se encuentra disponible en la red de prestadores de servicios de salud primarios intramurales.

Referencia y contrarreferencia: la referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo

con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

Registro sanitario: es el documento público expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA - previo el procedimiento tendiente a verificar el cumplimiento de los requisitos técnico - legales y sanitarios. (Decreto 4725 / 2005).

Reseña: es la descripción y registro técnico de los datos, rasgos o cualidades sobresalientes de una persona. (INPEC, 2013. P.6), esta individualización e identificación de los PPL, es realizada por un personal del cuerpo de custodia y vigilancia debidamente capacitado y certificado por la escuela penitenciaria en identificación dactiloscópica.

Residuos infecciosos o de riesgo biológico: son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas, con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles (Resolución 1164 de 2002).

Remisión: consiste en la salida del PPL del ERON bajo la custodia de unidad de guardia a cumplir una cita judicial o médica.

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

RM: Reclusión de Mujeres.

Salud mental: se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Salud pública: conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población, por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva. Dichas acciones se realizan bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Ministerio de salud y Protección Social - Seguridad del Paciente y la Atención Segura Paquetes Instrucciones Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, V2).

Servicio farmacéutico: es el servicio de atención en salud que apoya las actividades relacionadas con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

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

SOGCS - Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud: es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. De igual manera aplica para la población privada de la libertad.

SISIPEC WEB - Sistema de Información del Sistema Penitenciario y Carcelario: Base de Datos centralizada, unificada e integral para el control total de la información sobre PPL a cargo del INPEC que se encuentran en los ERON.

Sistema único de habilitación: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB. (Ministerio de Salud y Protección Social > Salud > Prestación de Servicios > Sistema Único de Habilitación). Este aplica para la red extramural.

Supervisión: la supervisión de que trata el presente manual, debe realizarse por el profesional definido en cada uno de los servicios, este proceso no implica la supervisión directa de cada procedimiento o actividad por parte del profesional, ni la presencia permanente del mismo. (Resolución 2003/14).

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SOGC-SAP: Manual elaborado adaptando el SOGC al Sistema Penitenciario.

Talento humano: es el recurso humano con formación académica y experiencia laboral requerida en un servicio de salud, garantizando la permanencia y continuidad durante el tiempo para el cual se oferte y se preste el servicio. Se debe garantizar disponibilidad y fácil localización del recurso humano para hacerse presente y atender con la oportunidad requerida el evento en salud.

TD: número consecutivo de registro asignado en el área de dactiloscopia a cada interno que ingresa al establecimiento de reclusión; este, a su vez, es el número que identifica a un PPL en cada establecimiento carcelario y penitenciario.

Telemedicina: es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Trastorno mental: para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

UAP - Unidades de Atención Primaria: son las áreas destinadas en cada ERON para la atención primaria de salud que incluyen acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y demás prestaciones en salud que sean necesarias.

Unidades tácticas: unidades militares que dependen de una unidad superior (brigada o división) y que cuentan en su interior con los servicios mínimos necesarios para su funcionamiento en los cuales también puede haber un CRM.

UPGD - Unidad Primaria Generadora de Datos: es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA.

Urgencia: atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y/o muerte causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología.

Vigilancia en salud pública: función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

6. DISPOSICIONES GENERALES

El Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad, diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1709 de 2014, Artículo 66, se definió como un modelo integral, con enfoque diferencial y perspectiva de género, proyectando la alta resolutividad intramural como su principal esencia por lo cual es necesario que para su implementación, se adopten y adapten los criterios y condiciones que configuran al Sistema General de Seguridad en Social en Salud, con referencia a la atención primaria en salud, los principios del modelo integral de atención en salud y las rutas definidas, a fin de darle un contexto resolutivo, oportuno y garantista.

En este orden de ideas, habiéndosele definido tanto a la USPEC como al INPEC, la responsabilidad de implementar el citado Modelo de Atención en Salud para las PPL, se reconoce que para que se surta dicha competencia conjunta, requiere de una estricta articulación y coordinación, no sólo entre sí sino también con los demás actores en materia de salud del Sistema Penitenciario y Carcelario, dentro de las que se encuentran también la entidad fiduciaria y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

Así las cosas, se hace necesario que, a través del presente manual se definan de manera concreta y práctica, las funciones, alcances y responsabilidades que tiene cada uno de los actores en torno al proceso y garantía de la atención en salud efectiva a la PPL.

El presente manual se estructura sobre tres (3) grandes capítulos en donde se definen los lineamientos para el Sistema de Calidad en la Salud Penitenciaria y Carcelaria, para los servicios de salud para la población privada de la libertad y la intervención en salud pública.

6.1. MARCO LEGAL

Ley 1709 de 2014 “Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993 [Código Penitenciario y Carcelario], de la Ley 599 de 2000 [Código Penal], de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones”, estableció un régimen especial para el sistema de salud de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, donde en su Artículo 65 que modificó el artículo 104 de la Ley 65 de 1993, versa sobre el acceso a la salud, y el Articulo 66 que modificó el artículo 105 de la ley 65 de 1993, además de establecer el servicio médico penitenciario y carcelario,

creó el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad el cual se encargará de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad, de conformidad con el modelo de atención que se diseñe [Parágrafo 2° del Artículo 66 que modificó el artículo 105 de la Ley 65 de 1993], y precisó, que este Fondo estará constituido por recursos del Presupuesto General de la Nación, los cuales serán manejados mediante una fiduciaria estatal o de economía mixta.

Así las cosas, se define que a la población privada de la libertad le sea garantizado su derecho a la salud, conforme al Modelo de Atención en Salud el cual debe estar financiado por el precitado Fondo Nacional de Salud.

Para efectos de la aplicación se entiende por población privada de la libertad aquella integrada por las personas internas en los establecimientos reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC, así como por quienes estén en prisión domiciliaria, detención en lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte de INPEC. [Artículo 2.2.1.11.1.1. Decreto 2245 de 2015 - Objeto y ámbito de aplicación]

En desarrollo e implementación de estas disposiciones, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC- por ser la competente debe llevar a cabo la selección de una fiducia mercantil, el cual se encargue de administrar los dineros y garantizar los pagos dispuestos para la prestación del servicio de salud de las PPL de los establecimientos de reclusión y detención domiciliaria, así como de suscribir contratos con los prestadores de los servicios de salud.

Con la expedición del Decreto 1142 del 15 de julio de 2016, que modifica parcialmente algunos artículos del Decreto 2245/15 especialmente en lo relacionado con el aseguramiento y cobertura en salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC, incluye dentro del ámbito de aplicación a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, y establece que la atención en salud de las personas en prisión domiciliaria deba ser garantizada por una EPS del régimen subsidiado o contributivo, según cumplimiento de requisitos del PPL, y para el caso particular de los afiliados al régimen subsidiado, se reglamenta por las Resoluciones 4005 del 2016 y 5512 del 2016, del Ministerio de salud y protección social.

Adicionalmente, establece que la PPL intramural que se encuentre afiliada al régimen contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, debe conservar su afiliación y la de su grupo familiar mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para pertenecer a dichos regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos.

En estos casos, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales, deben adoptar los mecanismos financieros y operativos, necesarios para viabilizar lo referente a la atención intramural de los servicios de salud de la PPL a cargo del INPEC.

Y particularmente, se tendrá en cuenta para la aplicación de este manual lo establecido en la Resolución 5159 de 2015, mediante la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la PPL, modificada parcialmente por la Resolución 3595 del 2016, proferidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Toda la normatividad anterior se debe atender bajo las competencias otorgadas por los Decretos 4150 del 2011, 4151 de 2011 y 204 de 2016 del Ministerio de Justicia y del Derecho y la Ley 1709 de 2014, en materia de salud.

7. CAPITULO I: SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA

El proceso de atención en salud debe estar enmarcado dentro de un sistema de calidad, que establezca acciones sistemáticas y continuas que permitan garantizar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios y evaluar

el proceso de forma permanente para la toma de decisiones oportunas. Este proceso debe estar centrado en satisfacer las expectativas y necesidades del usuario a través de la provisión de servicios individuales y colectivos.

7.1. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA

a. **Accesibilidad**: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud sin ningún tipo de barreras

b. **Oportunidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda intramural y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios en otros niveles de complejidad de la atención a través de la red contratada por la entidad fiduciaria.

c. **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, procedimientos, actividades, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

d. **Pertinencia:** es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

e. **Continuidad:** es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico, ósea prestar la atención sin interrupción.

7.2. REQUISITOS QUE SE DEBEN CUMPLIR PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El Modelo de Atención en Salud para las PPL a cargo del INPEC, establece que la atención debe ser integral, integrada, con enfoque diferencial, perspectiva de género y con una política de atención primaria en salud, en las fases de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación del paciente de las patologías físicas y mentales.

Por lo anterior, para poder cumplir con las exigencias del Modelo de Atención en Salud se debe cumplir con los siguientes requisitos:

a. Todo ERON debe contar con una Unidad de Atención Primaria –UAP, las cuales deben cumplir con rigurosidad lo dispuesto para los prestadores de servicios de salud que las administren y garantizar, además, una atención inicial de urgencias y como lo plantea la resolución 843 de 2020, estas áreas deben cumplir con rigurosidad lo dispuesto para los prestadores de servicios de salud.

b. Contar con un sistema de información en salud que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, clínicos, administrativos, financieros y permita monitorear los atributos de calidad en la atención para la toma oportuna de decisiones, cumpliendo con las especificaciones de interoperabilidad establecidas por el Gobierno Nacional.

c. La USPEC, mediante la modalidad o esquema que establezca en coordinación con el INPEC y de acuerdo a las recomendaciones impartidas por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud, es la Entidad

encargada de dar instrucción a la entidad fiduciaria para la contratación del prestador intramural de cada ERON.

d. Las Instituciones Prestadoras de servicios de salud –IPS que se contraten para prestar los servicios de salud al interior de los establecimientos, debe cumplir con todo lo definido en la norma de habilitación para los servicios que oferte.

e. La infraestructura de las UAP de los ERON, debe cumplir con lo definido en el Manual de Infraestructura diseñado por la USPEC, el INPEC y el Ministerio de Salud, para el caso de los ERON de última generación. Para los ERON de generaciones anteriores, el estándar de infraestructura se debe establecer conforme al esquema de cumplimiento de requisitos mínimos y gradualidad que defina la USPEC en coordinación con el INPEC.

f. La USPEC debe contratar las actividades de auditoría de calidad sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud. El informe mensual que genere el operador contratado, debe ser entregado a la USPEC y al INPEC.

g. La USPEC debe informar al INPEC sobre los prestadores que van a ingresar a laborar en los ERON, para programar su correspondiente inducción acerca del sistema penitenciario, funcionamiento y reglamento interno del establecimiento.

h. El INPEC debe verificar que el talento humano que labore dentro del sistema penitenciario no tenga antecedentes penales, investigaciones ni haber registrado visitas en el SISIPEC WEB.

i. El prestador de servicios de salud intramural contratado, es el responsable de garantizar el talento humano requerido para prestar los servicios de salud con oportunidad y calidad incluyendo el examen médico, odontológico y psicológico de ingreso y egreso al 100% de la PPL.

j. El prestador de servicios de salud intramural debe contar con cronograma y ejecución de acciones de formación continua para el talento humano en los procesos prioritarios asistenciales y en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual, además de los que se dispongan durante el desarrollo del contrato.

k. El prestador de servicios de salud intramural debe contar con un coordinador asistencial en la UAP, el cual debe mantener constante comunicación, buen trato y articulación con el responsable del área de Tratamiento y Desarrollo (sanidad) del ERON.

l. El talento humano expuesto a radiaciones ionizantes, debe tener copia en la hoja de vida del certificado de capacitación actualizada de radio protección, de una institución avalada por el Ministerio de Educación o quien haga sus fines y contar con dosímetro en la categoría respectiva y medición periódica por parte de la ARL con sus respectivos informes que deben estar incluidos en la hoja de la vida.

m. En los ERON que se preste el servicio en modalidad de telemedicina, el talento humano debe contar con constancia de asistencia en acciones de formación continua en el manejo de tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación del servicio bajo esta modalidad. Y, en definitiva, dar cumplimiento al Sistema Único de Habilitación del este tipo de servicio.

n. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud que conforman la red externa, complementaria a la oferta intramural, en todos los niveles de complejidad, deben cumplir con todo lo definido por la norma de habilitación vigente y la entidad fiduciaria en su proceso de contratación debe verificar que dé estricto cumplimiento a cada uno de los estándares de habilitación.

o. La USPEC por intermedio de la Auditoría de Calidad, debe evaluar con la frecuencia requerida, la suficiencia de la red contratada por la entidad fiduciaria y la satisfacción de los usuarios, por ERON y a nivel Nacional.

p. El prestador de servicios de salud intramural, las IPS que conforman la red externa y demás operadores y prestadores de apoyo a la prestación de los servicios de salud de las PPL, deben dar cumplimiento estricto a lo establecido en el presente manual.

7.3. GESTIÓN DEL RIESGO

El Ministerio de Salud define la Gestión Integral del Riesgo en Salud –GIRS, como una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos se detecten y traten tempranamente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos.

7.3.1. Seguridad del paciente

La seguridad de paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Permite crear medidas preventivas y evaluar nuevos riesgos para su neutralización.

Las acciones inseguras, son fallas activas que se deben definir ante la ocurrencia de un evento adverso, clasificarse según la severidad que presente, posteriormente establecer un plan de mejora ajustado al suceso presentado y permitir el seguimiento al plan, hasta lograr el cierre de caso. Esto se logra cuando se garantiza que el problema ha sido intervenido y las barreras levantadas tienen un efecto protector. Los prestadores de servicios de salud de la población privada de la libertad, deben garantizar una atención segura a todos los usuarios, fomentando la cultural del autocontrol y el reporte, bajo la filosofía no punitiva de mejoramiento continuo, donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado con la implementación de barreras de seguridad eficientes y la consolidación de una cultura institucional preventiva.

Para alcanzar lo planteado, el prestador de servicios de salud debe garantizar lo siguiente:

- Contar con una política de seguridad del paciente formulada, implementada y evaluada acorde a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y protección Social.
- Contar con recursos para implementar la política de seguridad del paciente.
- Implementar el programa de seguridad de paciente.

- Tener un sistema de información eficiente.
- Promoción de la cultura se seguridad de paciente mediante la implementación de estrategias para incentivar el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales, definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación y el colectivo.
- Establecer las prácticas seguras.
- Definir y operativizar el sistema de reporte y gestión del evento adverso.
- Contar con el comité que promueva la política de seguridad de paciente, control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos.

El Prestador de servicios de salud intramural debe conformar el comité de seguimiento al cumplimiento de estas acciones, en el cual debe participar el INPEC. Cualquier novedad o anomalía, que requiera ser auditada, el comité debe informar a la USPEC, para lo de su competencia.

En los ERON, donde haya presencia de personal de la USPEC (Subdirección de Atención a Establecimiento de Reclusión), el funcionario asignado debe ser el encargado de informar lo tratado en el comité de seguimiento, una vez se lleve a cabo en la periodicidad definida.

7.4. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La humanización en el ámbito de la salud es un asunto de ética que propende por brindar una atención cálida, digna y respetuosa del ser humano, sin discriminación, sin emitir juicios de valor, con privacidad, confidencialidad de la información en todos los momentos de la atención, empatía con el sufrimiento, entendiendo sus necesidades y velando por su bienestar.

Para fortalecer la humanización en el ámbito penitenciario y carcelario, el prestador debe diseñar e implementar una política de atención humanizada y un programa que contenga:

a. La formación continua del talento humano en el contexto de la ética, los valores y principios humanísticos encaminada a la transformación de la relación personal de salud-paciente, afianzando la cultura centrada en la calidad del servicio. La capacitación continua brinda al talento humano la oportunidad de adquirir habilidades para la comunicación y el diálogo asertivo, prevención de las agresiones y abusos.

b. Diseñar y divulgar tanto al cliente interno como externo, los derechos y deberes para que durante la atención le sean respetados sus derechos (por ejemplo: a la información, a la intimidad y confidencialidad, a las decisiones sobre su cuerpo, al respeto por sus creencias, costumbres y valores, entre otros) y exigir el cumplimiento de sus deberes.

c. Establecer estrategias para que la atención sea realizada sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad, eliminando las barreras de acceso.

d. El paciente que requiera ser remitido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia.

e. Conformar el comité de ética y definir quienes lo integran, funciones, periodicidad e indicadores de seguimiento.

f. La política de atención humanizada es promovida, desplegada y evaluada a todo el equipo de salud y se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

7.5. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

Implica evaluar, realizar seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios para fomentar la cultura de calidad basada en el cumplimiento de los procesos, procedimientos, actividades y atributos de calidad acorde a lo definido en guías, normas científicas y administrativas, que permitan comparar la calidad observada y la calidad esperada para efectuar los ajustes necesarios y lograr el cumplimiento de los indicadores previamente establecidos del servicio.

La USPEC debe mantener contratadas estas actividades, las cuales deben garantizar a su vez una evaluación sistemática de los servicios de salud prestados, en la modalidades intramural y extramural.

7.5.1. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud

Los niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud son:

a. **Autocontrol:** capacidad que tiene cada uno de los integrantes del equipo de salud para controlar su trabajo, detectar desviaciones y realizar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados. Este tipo de auditoria la realiza los integrantes del grupo asistencial, directamente quien ejecuta la acción.

b. **Auditoría interna**: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este tipo de auditoria lo realiza la institución prestadora de servicios de salud y debe ser alguien ajeno a la actividad que se ejecuta.

c. **Auditoría Externa**: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Este tipo de auditoria la ejecuta la USPEC mediante las personas naturales o jurídicas que contrate para tal fin, en cumplimiento de la normatividad vigente.

7.5.2. Acciones de auditoría en salud

a. **Preventivas:** Son las acciones que se realizan de manera previa a la atención, con el cumplimiento de los estándares mínimos para la prestación de los servicios de salud penitenciarios establecidos en el presente manual.

b. **Seguimiento**: Son las acciones que se realizan durante la atención por medio del grupo de auditoría interna.

c. **Coyunturales:** Son las acciones que se realizan de forma retrospectiva para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

d. **Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud**: Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben implementar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que incluya:

- Autoevaluación del proceso de Atención en salud desde el cumplimiento de las características o atributos de calidad (oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad).

- Atención al usuario que evalúe sistemáticamente la satisfacción de los usuarios respecto del ejercicio pleno del derecho a la salud y la calidad de los servicios recibidos, para lograr el cierre de brechas existentes entre la calidad esperada y la observada y el desempeño de dimensiones como la equidad, eficiencia, acceso, costo y calidad.

El prestador de servicios de salud intramural debe elaborar el programa de auditoría para el mejoramiento continuo, de acuerdo a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección social.

La Entidad Fiduciaria debe dar a conocer el programa de auditoría para el mejoramiento continuo, establecido por cada prestador a la USPEC y ésta a su vez al INPEC.

Basado en el resultado de la autoevaluación, el prestador debe elaborar un plan de mejora que incluya cronograma de ejecución para realizar seguimiento; estos planes deben ser enviados a la USPEC y al INPEC, y trimestralmente el prestador debe elaborar un informe sobre el porcentaje de avance, y finalizada la vigencia debe entregar un informe anual. Durante las auditorías de calidad, se debe verificar este componente.

7.6. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD PENITENCIARIA

Este componente establece que el prestador contratado implemente un sistema de información el cual permita monitorear la calidad de la atención en salud y realizar mejoramiento continuo que impacten en el usuario. Se pretende:

a. Proveer información que permita realizar seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad a la atención en salud y realizar procesos de mejoramiento.
b. Dar herramientas que permitan reconocer los mejores prestadores de servicios de salud contratados para la PPL.
c. Monitorear la calidad en salud penitenciaria y facilitar la toma de decisiones.
d. Proveer información a las entidades que lo requieran.
e. Garantizar veracidad de la información suministrada por el prestador.

El prestador debe adoptar los indicadores de monitoreo contenidos en los anexos este manual.
La institución prestadora de servicios de salud debe medir los indicadores que exige la legislación vigente y debe reportarlos durante los cinco primeros días de cada mes a la USPEC y al INPEC.

7.7. COMITÉS

Los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, y en el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la puesta en marcha de acciones correctivas o preventivas.

Están compuestos por equipos interfuncionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad, y establezcan acciones concretas para garantizarla; su

funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad sobre las responsabilidades de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.

Así mismo, los comités requieren instrumentos y planes de trabajo precisos; métodos para la documentación de reuniones y avances; reglas de interacción entre sus miembros y mecanismos para el abordaje técnico, análisis y solución de problemas, entre otros.

En este caso, las instituciones prestadoras de servicios de salud que presten sus servicios al sistema penitenciario, deben cumplir con la realización de los comités que exige la legislación vigente, principalmente evidenciar la conformación de los siguientes:

- Comité de Ética Hospitalaria (Resolución 13437 de 1991)
- Comité de Trasplantes (Decreto 2493 de 2006)
- Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica (Decreto 1562 de 1984)
- Comité de Farmacia y Terapéutica (Decreto 2200 de 2005)
- Comité de Vigilancia Epidemiológica (Decreto 3518 de 2006)
- Comité Técnico-Científico (Resolución 2933 de 2006)
- Comité de Transfusión Sanguínea (Decreto 1571 de 1993)
- Comité Docencia-Servicio (Decreto 0190 de 1996, Acuerdo 003 de 2003)
- Comité de Historia Clínica (Resolución 1995 de 1999)
- Comité de Urgencias (Decreto 412 de 1992)

8. CAPÍTULO II SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD

8.1. COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN SALUD PENITENCIARIA Y CARCELARIA

El INPEC a través de la Subdirección de Atención en Salud establece las actividades para el acceso al aseguramiento o cobertura para la prestación de los servicios de salud a la PPL en modalidad intramural, detención o prisión domiciliaria y vigilancia o control electrónico bajo la custodia y vigilancia del INPEC y los menores de tres años que convivan con sus madres al interior de los ERON.

En los ERON, durante el proceso de inducción, los funcionarios públicos responsables del área de tratamiento y desarrollo del INPEC, deben comunicar a las personas privadas de la libertad el derecho que tienen de acceder al servicio de salud basados en el Decreto 1142 del 2016 y las Resoluciones 4005 y 5512 del 2016.

8.1.1. Modalidad aseguramiento intramural

En estado intramural, la PPL puede estar:

- Bajo la cobertura y atención con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para las PPL.
- Afiliado al régimen contributivo y debe cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente (cotización mensual y cancelación de copagos y cuotas moderadoras de atención), en calidad de cotizante o beneficiario.
- Afiliado al régimen especial o de excepción, según aplique por cumplimiento de requisitos para pertenecer a dichos regímenes.

NOTA: La PPL intramural que continúe reportada por la ADRES como afiliada activa al régimen subsidiado, debe ser incluida en el proceso de retiros mensual y quedará bajo la cobertura y atención del Fondo Nacional de Salud, desde el momento de su reseña.

Si la PPL se encuentra bajo la cobertura del Fondo y desea recibir atención por parte de una EAPB del régimen contributivo, especial o de excepción, debe diligenciar y firmar el formato de retiro voluntario del Fondo Nacional de Salud, sin embargo, se debe tener en cuenta que la atención por parte de la EAPB inicia una vez se evidencie la afiliación efectiva en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, reportada en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES.

8.1.2. Modalidad de aseguramiento de prisión o detención domiciliaria o vigilancia o control electrónico

En estado de detención o prisión domiciliaria, la PPL puede estar:

- Afiliado al régimen contributivo y debe cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente (cotización mensual y cancelación de copagos y cuotas moderadoras de atención).
- Afiliado al régimen subsidiado como población especial, bajo los términos de las Resoluciones 4005 y 5512 de 2016.
- Afiliado al régimen especial o de excepción.
- Bajo la cobertura y atención de los recursos del Fondo Nacional de Salud para PPL únicamente durante el periodo de trámite de afiliación al SGSSS, luego se hacerse efectiva la medida privativa de su libertad en domicilio.

NOTA: La dirección del establecimiento debe entregar a la PPL la certificación de estado de domiciliaria con el cual se da viabilidad al proceso de afiliación al SGSSS, el proceso de afiliación es responsabilidad de la PPL, bajo los términos que definen las Resoluciones 4005 y 5512 de 2016.

8.1.3. Modalidad de aseguramiento de atención menores de tres años que conviven con sus madres en los ERON

Para el caso de los menores de tres años que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión la información nominal se obtiene del módulo de atención social del SISIPEC WEB, el cual es diligenciado y actualizado por las áreas de tratamiento y desarrollo – psicosocial de cada establecimiento de reclusión, durante su permanencia en el establecimiento los menores que se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en el régimen contributivo o subsidiado continúan bajo la cobertura de dicho régimen y su atención está a cargo de sus respectivas EAPB, los menores que no cuentan con afiliación son ingresados al listado censal para la cobertura en salud con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud.

8.1.4. Población privada de la libertad que adquiere su libertad

Cuando la persona recobra su libertad y deja de ser parte de la PPL a cargo del INPEC, y se encontraba bajo la cobertura y atención en salud del Fondo Nacional de Salud para la PPL, inmediatamente queda excluida de dicha cobertura y debe dar inicio a su proceso de afiliación al SGSSS, quedando a cargo de la entidad territorial correspondiente, bajo los términos del Decreto 064 de 2020 como población no asegurada, hasta tanto se declare el cumplimiento de los requisitos para la definición de un régimen.

Se debe tener en cuenta que la cobertura o afiliación de la PPL a cargo del INPEC, se ajusta en casos especiales como la expedición de normas transitorias, por ejemplo: Decreto 546 de 2020 y la cobertura de PPL condenada no por contravenciones en detención transitoria en URI y estaciones de policía.

8.2. ACTORES EN SALUD DEL SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO

El Modelo de Atención en Salud, se concibe a partir de la Ley 1709 de 2014, como un modelo integral, con enfoque diferencial y perspectiva de género, en donde confluyen de manera directa: la USPEC, atendiendo la gestión del suministro del servicio de salud mediante la contratación de la entidad fiduciaria, por medio, de los prestadores de servicios de salud; y el INPEC, ejerciendo la vigilancia, custodia, atención y tratamiento de las PPL a su cargo. Ambas con competencias definidas ampliamente en los Decretos 4150 y 4151 de 2011, 204 de 2016 2245 de 2015 y 1142 de 2016 y las Resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016.

Así mismo, intervienen de manera indirecta, entidades como: el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Salud; además de las entidades territoriales, que tienen competencias directas e indirectas dentro de dicho sistema, conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001.

A continuación, se mencionan las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema de salud penitenciaria que intervienen de forma directa:

8.2.1. Responsabilidades de los prestadores del servicio de salud intramural

- Conocer y aplicar el reglamento general del INPEC y el reglamento interno de seguridad del Sistema Penitenciario y Carcelario de cada ERON a cargo del INPEC.
- Prestar los servicios de salud con calidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad e integralidad.
- Garantizar la salud de la PPL.
- Garantizar la prestación de los servicios de salud de la PPL, según los requerimientos de cada ERON.
- Prestar los servicios de manera integral, incluyendo el talento humano requerido para garantizar la atención en salud a la PPL con oportunidad, dando cobertura a los exámenes médicos de ingreso y egreso.
- Nombrar un coordinador quien sea el responsable de organizar la prestación de los servicios de salud en cada UAP.
- Realizar la identificación y gestión del riesgo individual y colectivo de la PPL.
- Realizar los comités que correspondan, con la periodicidad establecida en la normatividad vigente.
- Hacer buen uso de los bienes y/o áreas entregadas por el INPEC, para el ejercicio de sus funciones.
- En los ERON donde el contrato que se establece con el prestador, debe incluir el ingreso de equipos biomédicos propios del prestador, estos deben cumplir con todos los requisitos estipulados por la norma de habilitación. (Hoja de vida, ficha técnica, cronograma de mantenimiento)
- Para el caso de los equipos de rayos X, el prestador debe ingresarlos con la respectiva licencia, emitida por el ente territorial de salud que corresponda.
- Trabajar de manera coordinada y efectiva con los responsables de las áreas de Tratamiento y desarrollo (Sanidad) del INPEC, asumiendo las políticas propias y específicas establecidas en cada ERON (reglamento).
- Realizar el examen médico, odontológico y valoración por psicología al 100% de los PPL que ingresan al ERON. Una vez se defina el diagnóstico, se debe proceder a realizar el plan de manejo en el cual siempre se deben incluir las acciones de promoción, prevención individual y colectiva, las interconsultas especializadas y la vinculación a los programas en caso de que se requieran.

- Realizar el examen médico, odontológico y valoración por Psicología de egreso al 100% de los PPL que salen del ERON.
- Manejar la Historia clínica, cumpliendo con todo lo estipulado por la norma (integralidad, custodia, seguridad y confidencialidad) se anexa lineamiento de manejo de Historia Clínica.
- Caracterizar a la PPL del ERON y entregar los insumos para la construcción del perfil epidemiológico a la USPEC.
- Adoptar las guías de práctica clínica y protocolos de manejo establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo a la normatividad vigente, en la prestación de los servicios de salud.
- Implementar el programa de salud mental y de Consumidores de sustancias psicoactivas, el cual debe estar integrado por un grupo interdisciplinario que debe garantizar la salud mental de toda la PPL.
- Brindar atención con enfoque diferencial a mujeres en estado de embarazo y lactantes, niños menores de tres años, a grupos étnicos, auto-reconocidos LTGBIQ, PPL en condición de discapacidad, extranjeros, PPL con enfermedades terminales y huérfanas los cuales requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades.
- Articular conjuntamente con el INPEC y la red externa de prestadores de servicios de salud con contratación vigente, el procedimiento de referencia y contrarreferencia establecido. Se anexa procedimiento
- Gestionar las autorizaciones de servicios de salud para ser entregadas al INPEC.
- Conocer la red externa contratada de instituciones y de ambulancias, según georreferenciación.
- Realizar la solicitud del servicio de ambulancia, en coordinación con la dirección del ERON, con el área de Custodia y vigilancia, teniendo presente el tipo de afiliación que tiene el PPL.
- Suministrar información sobre el estado de salud de un PPL. Esta información solo se podrá suministrar de acuerdo a lo estipulado en la norma.
- Diligenciar los reportes de las atenciones en el registro individual de prestación de servicios -RIPS, posteriormente debe digitalizarlos, consolidarlos, validarlos y entregarlos de forma mensual a la USPEC y al INPEC, siendo este el principal insumo para los informes, indicadores de seguimiento y el planteamiento de programas de promoción y prevención.
- Implementación, seguimiento y evaluación del sistema de garantía de la calidad en salud, en todo lo relacionado con la prestación de servicios de salud, (informes e indicadores) cuyos resultados deben ser entregados de forma mensual.
- Establecer una relación entre el grupo asistencial y la PPL, estrictamente profesional. Cualquier anomalía será considerada un incumplimiento contractual con destitución inmediata del profesional.
- Garantizar la continuidad y adherencia a los tratamientos prescritos por la red externa y por la atención intramural.
- Hacer valoración diaria de los PPL que se encuentren en la UTE, independientemente del tipo de afiliación al SSGSS que tenga el PPL (de estas valoraciones debe quedar registro en la historia clínica y cualquier reporte de salud ser notificado a su EPS para el seguimiento respectivo).
- Abstenerse de participar en la toma de decisiones para que un PPL ingrese a la UTE, su principal función es velar por la salud del PPL y en tal sentido, si producto de sus evaluaciones diarias encuentra alguna alteración o riesgo debe notificarlo inmediatamente al director del establecimiento. Estas valoraciones se deben hacer en compañía del cuerpo de custodia y vigilancia y siguiendo lo estipulado en el protocolo de manejo de la UTE.
- Hacer el reporte de las enfermedades de notificación obligatoria.
- Capacitar e implementar obligatoriamente sobre la normatividad vigente en temas de salud pública.
- Capacitar e implementar obligatoriamente las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y atención integral materno perinatal.
- Realizar todas las demás obligaciones correspondientes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la normatividad vigente que las reglamente.

- El incumplimiento de las responsabilidades estipuladas en este manual, según sea la falta, puede generar apertura de investigaciones o terminación unilateral de contrato.

8.2.2. Responsabilidades del INPEC

- Entregar dentro de los tiempos establecidos, el listado censal actualizado de la PPL a cargo del INPEC, al Ministerio de Salud y Protección Social y a la USPEC.
- Informar al PPL el procedimiento para el acceso a los servicios de salud.
- Entregar mediante acta al competente o al prestador de servicios de salud las áreas y/o bienes existentes en las unidades de atención primaria de cada ERON, en dicho documento se debe especificar el estado y novedades generales a las que haya lugar.
- Realizar la inducción y capacitación al prestador primario intramural permitiendo conocer su ubicación y su rol dentro del ERON, teniendo en cuenta las funciones administrativas y asistenciales, organización de la atención y adopción del manual técnico- administrativo, reglamento general del INPEC y reglamento interno del ERON.
- Garantizar el ingreso del personal asistencial, de los medicamentos y dispositivos médicos que se requieran para prestar los servicios de salud, sin dilación y enmarcadas en los procesos de seguridad establecidos.
- Garantizar la seguridad de los profesionales en las áreas de UAP y en las demás áreas donde se desplacen.
- Garantizar por parte del cuerpo de custodia y vigilancia la seguridad de las UAP.
- Dar cumplimiento a la solicitud realizada por parte del prestador de salud acerca de la necesidad de utilización de restricciones[1] de pies y/o manos, al PPL durante la atención.
- Realizar la gestión administrativa para ingreso y egreso de equipos biomédicos por parte del prestador de servicios de salud.
- Promover a través de la junta de patios la adecuada ubicación intramural en celdas de las poblaciones especiales, dependiendo del tipo de discapacidad y del grado de complejidad afectado, las particularidades de las poblaciones. De igual forma velará porque se disminuyan las barreras de acceso a la prestación de servicios de salud.
- Garantizar por parte del cuerpo de custodia y vigilancia el traslado de los PPL desde patios o pabellones, hacia la UAP para la atención intramural y a las IPS del servicio extramural complementario con la oportunidad requerida y sin barreras de acceso a las citas y en caso de que se trate de un paciente psiquiátrico o con alteración mental, se debe brindar acompañamiento al profesional durante el desarrollo de toda la consulta. Se requiere acompañamiento permanente en el suministro de medicamentos de control.
- Realizar el seguimiento a la prestación de servicios de salud, en coordinación con la USPEC y el prestador de servicios de salud y las entidades territoriales, bajo los parámetros establecidos en la normatividad vigente y el presente Manual, de acuerdo con las competencias del INPEC.
- Realizar los trámites necesarios para facilitar el acceso de la PPL que pertenece al régimen contributivo o régimen de excepción para la atención en salud que requieran.
- Todas las demás responsabilidades, definidas en los Artículos 2.2.1.11.3.3 y 2.2.1.11.4.2.2 del Decreto 1142 de 2016, las definidas en el Modelo de Atención en Salud de la PPL y las demás normas que modifiquen y aclaren, según la normatividad vigente que refieran al INPEC; y aquellas que se encuentren en concordancia con su misión, en el marco de lo definido del Decreto 4151 de 2011 y la Ley 1709 de 2014.

[1] La restricción es utilizada para sujetar a un PPL o para limitar su movilidad a fin de asegurar su seguridad o la de los funcionarios, personal de salud, guardianes, etc.

8.2.3. Responsabilidades de la USPEC

- Requerir la asesoría del Ministerio de Salud y Protección Social, para que en coordinación con el INPEC se instruya a la entidad fiduciaria para la contratación del análisis de la situación de salud de la PPL y el efecto de los determinantes sociales en la misma, para la planeación de la atención y su modificación, desde la medición cuantitativa de riesgos definida, a partir del SISIPEC y demás información disponible.
- Contratar a la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad y establecer las condiciones para que dicha entidad contrate la prestación integral y oportuna de los servicios de salud para la población privada de la libertad, de acuerdo con las decisiones del consejo directivo del fondo, así como con el Modelo de Atención en Servicios de Salud establecido y teniendo en consideración el presente manual.
- Contratar las actividades de supervisión e interventoría sobre el contrato de fiducia mercantil que se suscribe, con los recursos del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de libertad.
- Contratar las actividades de auditoría de calidad y concurrencia, que permita la evaluación sistemática y continua de la calidad de los servicios de salud que propicien el adecuado uso de los recursos del Fondo Nacional de Salud.
- Garantizar la construcción, mantenimiento y adecuación de la infraestructura destinada a la atención en salud de las personas privadas de la libertad dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional, incluidas las áreas de aislamiento.
- Garantizar la entrega de insumos para la implementación de los planes de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA.
- Garantizar los insumos para la implementación de las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud especialmente las acciones dirigidas al curso de vida de primera infancia y atención materno-perinatal.
- Realizar la adquisición, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos, según definición en coordinación con el INPEC, y conforme lo estipulado en el Decreto 204 de 2016, Artículo 2.2.1.12.2.9, o las demás que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.
- Realizar y/o actualizar los estudios radio-físicos y licencias de funcionamiento de los equipos de rayos X y áreas existentes en los ERON.
- Participar en la implementación de los lineamientos que en materia de salud pública expida el Ministerio Salud y Protección Social, en conjunto con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y las entidades territoriales.
- Instruir a la entidad fiduciaria para la contratación del Sistema de Información de salud garantizando interoperabilidad con el SISIPEC a cargo del INPEC.
- Todas las demás responsabilidades, definidas en el Artículo 2.2.1.11.3.2 del Decreto 1142 de 2016 y las definidas en el modelo de atención en salud y las demás normas que modifiquen y aclaren, según la normatividad vigente que refieran a la USPEC; y aquellas que se encuentren en concordancia con su misión, en el marco de lo definido del Decreto 4150 de 2011 y la Ley 1709 de 2014.

8.2.4. Responsabilidades de la entidad fiduciaria

Se debe entender como instrucción directa al Fideicomisario, mediante el presente Manual, las siguientes responsabilidades de la entidad fiduciaria sin perjuicio de las incluidas en el contrato de fiducia mercantil que se suscriba, las cuales se encuentran en estricta consonancia con dicho contrato:

- Contratar el análisis de la situación de salud de la PPL que incluya el efecto de los determinantes sociales en la misma, para la planeación de la atención y su modificación, realizando la medición cuantitativa de

riesgos, a partir del SISIPEC, de la información suministrada por los prestadores de los servicios de salud y demás información disponible.
- Contratar la recepción, consolidación, análisis y validación de los registros individuales de prestación de servicios de salud –RIPS intramurales y extramurales, por ERON y Regional. Con envío mensualmente a la USPEC e INPEC, en formato digital compatible con los sistemas de información del INPEC y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Cumplir las obligaciones contractuales en el contrato de Fiducia Mercantil suscrito con la USPEC.

8.3. ATENCIÓN EN SALUD

Los servicios de salud que se prestan al interior de los establecimientos, están definidos en el Modelo de Atención en Salud y dependen de las características de cada ERON, sin embargo, en todos existe una Unidad de Atención Primaria –UAP. Estos son espacios que tienen la infraestructura y dotación necesarias para realizar actividades en salud, lo cual determina su capacidad resolutiva. En los establecimientos donde la capacidad instalada no garantiza una alta resolutividad, se debe garantizar la prestación de servicios de salud en atención primaria bajo la modalidad de jornadas móviles médicas y odontológicas periódicas, con acceso a la totalidad de la población para dar cumplimiento al MAS.

Cada UAP de los ERON debe contar con el talento humano requerido y debe contar con un coordinador, quien es el responsable de organizar la prestación de los servicios de salud (cuadro de turnos, horarios, definir actividades a cada funcionario, hacer seguimiento a medicamentos, etc.), implementar el Sistema de Calidad en Salud Penitenciario y Carcelario, reportar los indicadores, entregar soportes de atenciones en salud realizadas a la PPL para las respuestas a los requerimientos provenientes de las diferentes entidades, expedir copia de la historia clínica cuando ésta sea solicitada de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente; todo lo anterior articulado con el responsable del área de Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC. El coordinador de la UAP debe dar a conocer al director del ERON con copia al responsable de tratamiento y desarrollo (Sanidad) del INPEC, mediante informe mensual, la gestión programada para el periodo, el cargo de coordinación debe estar claramente establecido en el contrato.

8.3.1. MODALIDAD EN LA QUE LOS PPL RECIBEN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud de la población privada de la libertar se prestan, teniendo en cuenta las siguientes tres modalidades: intramural presencial, intramural por telemedicina y extramural, a continuación, se describe cada una de ellas:

a. Modalidad Intramural presencial

En esta modalidad están los servicios de salud que se le prestan a la población privada de la libertad dentro del establecimiento, por parte del grupo asistencial del prestador de servicios de salud intramural.

Para garantizar el normal desarrollo del proceso de atención en salud establecido para esta modalidad, la Entidad Fiduciaria por instrucción de la USPEC y según indicaciones del Consejo Directivo del Fondo, debe contratar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se necesiten, de acuerdo a los requerimientos del Modelo de Atención en Salud en esta materia. Estas instituciones deben adoptar lo definido en el Manual Técnico Administrativo y en la legislación vigente. Estos servicios se deben prestar a todas las PPL que están el ERON, conforme a su aseguramiento, incluidos los niños y niñas menores de tres (3) años que convivan con sus madres en las reclusiones de mujeres - RM. Esta prestación tiene el enfoque preventivo que plantea el Modelo de Atención en Salud y cuyo objetivo principal es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la oportuna resolutividad.

Las UAP, en los casos que se requiera, deben ser adecuados por el prestador, para que los servicios de salud sean oportunos y seguros, previa concertación con la USPEC. A continuación, se describen los servicios de salud que se deben prestar al interior de los establecimientos y que pueden variar de acuerdo a la capacidad instalada en cada ERON, ya que está sujeto a las modificaciones y ampliaciones de la infraestructura y al aumento de la población intramural. Los servicios de salud que se prestan al interior de los ERON son los siguientes:

- Consulta externa por medicina general
- Consulta externa por psicología general o clínico (asistencial)
- Consulta externa por odontología general (donde se cuente con área de odontología)
- Esterilización
- Atención inicial de urgencias
- Camillas de observación
- Servicio de enfermería (procedimientos mínimos)
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Procedimientos menores
- Toma de muestras de laboratorio clínico
- Consulta especializada
- Dispensación de medicamentos

Adicionalmente cada UAP, según su capacidad instalada, debe garantizar atenciones intramurales para los siguientes servicios por medio de jornadas móviles:

- Consulta de odontología general para aquellos ERON que no cuentan con área ni dotación para brindar este servicio.
- Consulta de optometría.
- Consulta de Psiquiatría.
- Consulta de otras especialidades médicas.
- Imágenes diagnósticas (rayos X ecografías)
- Servicios de rehabilitación (Fisioterapia, terapia respiratoria, lenguaje, ocupacional).
- Consultas ginecoobstétricas, planificación familiar y otras intervenciones preventivas.

b. Modalidad Intramural telemedicina

En esta modalidad están los servicios de salud especializados que se le prestan a la población privada de la libertad dentro del establecimiento, mediante el uso de esta tecnología de acuerdo con la normatividad vigente.

En todo caso, la USPEC en coordinación con el INPEC, debe evaluar las propuestas que se obtengan para este servicio, para su aplicación e implementación en los ERON que lo requieran, con el fin de minimizar los traslados extramurales de la PPL a las IPS de la Red externa de servicios.

Para el caso de los PPL que están afiliados al SGSSS, se ofertan los servicios de medicina general y eventualmente especializada, por esta tecnología.

c. Modalidad extramural

En esta modalidad están los servicios de salud que se le prestan a la población privada de la libertad fuera del establecimiento, por parte de una IPS. Está incluida la remisión para atención en salud a entidades con mayores niveles de complejidad.

8.4. PUERTAS DE ENTRADA DEL SERVICIO DE SALUD PENITENCIARIO

El sistema de salud Penitenciario y carcelario tiene las siguientes puertas de entrada:

8.4.1. Examen de ingreso (consulta médica primera vez)

El Examen Médico de Ingreso –EMI es una de las puertas de entrada al servicio de salud penitenciario y tiene como finalidad, hacer una valoración integral del estado de salud del PPL, para lo cual se tienen en cuenta sus antecedentes, su estado físico y mental; La información aportada en el examen de ingreso permite conocer las patologías que en la actualidad presenta el PPL, identificar los riesgos a los cuales está expuesto, hacer una caracterización de la población en general.

El objetivo de este primer espacio con la población privada de la libertad es garantizar objetivos trazadores en salud pública que permita cumplir acciones inmediatas que protejan a PPL que ingresa al centro de reclusión y a los PPL que ya se encuentran en los centros de reclusión, porque el objetivo es no contagiar y no ser contagiado de patologías infectocontagiosas, y lograr identificar patologías tratables e inmunoprevenibles logrando así una intervención adecuada en salud publica integral al momento del ingreso.

Se considera, que durante el periodo de pandemia por el virus SARS CoV2 y conforme lo establezca la USPEC y el INPEC, según el avance de la misma y los protocolos que actualice el Ministerio de Salud y Protección Social, que todo privado de la libertad ingrese a los centros de reclusión cumpliendo un periodo de aislamiento preventivo y durante este periodo de tiempo obligatorio lograr realizar las evaluaciones consideradas a continuación:

- Consulta médica de primera vez: categorización de patologías crónicas, examen físico con hallazgos de presión arterial, oxigenación, auscultación, exploración de todos los sistemas.
- Pruebas de laboratorio: baciloscopia x3, RT-PCR SARS-CoV2, Serología Hepatitis B, Serología Hepatitis C, Serología VIH, Sarampión.
- Al recibir pruebas de laboratorio de SARS CoV2 y VIH, negativas y evaluar los requerimientos de inmunización dando prioridad a vacunas incluidas en el plan de vacunación establecido, dando prioridad a Hepatitis b, triple viral, varicela, influenza.
- Formulación de tratamiento inicial de patologías identificadas que permitan el control inmediato de patologías crónicas establecidas.
- Cumpliendo el periodo de aislamiento establecido y cursando 72 horas asintomático se procede a traslado a el área establecida de reclusión con asignación de las citas correspondientes determinadas en la categorización inicial para seguimiento de patologías crónicas.

Estas medidas y aquellas que se adicionen según la situación epidemiológica establecida en el periodo, busca la contención de patologías inmunoprevenibles, contención de brotes, y control y seguimiento de patologías de interés en salud publica en especial las expresadas en el momento de la realización de este manual relacionadas a la presencia del virus SARS CoV2 o su expresión de enfermedad COVID19.

Este examen debe realizarse en coordinación con el grupo de reseña de cada ERON ya que ellos son los responsables de aportar el listado con los nombres de los PPL que ingresan al establecimiento. Es de vital importancia que el PPL esté debidamente reseñado a fin de garantizar la plena identidad y validación de derechos para la atención en salud.

El director del ERON es el responsable de designar el área donde se realiza el examen de ingreso. Esta valoración es obligatoria para la asignación del patio y/o programas en salud, según el caso. Así las cosas, el privado de la libertad debe ser direccionado según su situación, a los servicios de atención en salud con que cuenta el ERON, para el tratamiento de las diferentes patologías que se llegasen a diagnosticar. En la UAP en coordinación con tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC, debe garantizar la continuidad en el manejo de sus patologías. En el caso de los afiliados al SGSSS, se deben gestionar dichos servicios con la correspondiente EAPB.

Si durante la realización del EMI, a la persona privada de la libertad LGBTI, se le evidencia que ha tenido o tiene tratamientos hormonales y/o transformación corporal, se debe evitar la discriminación que conlleve al deterioro del estado de la salud física o mental, garantizando las mismas oportunidades para gozar de buena salud, de acuerdo con las necesidades y condiciones de vida sin señalamientos de ninguna clase; se debe priorizar la atención, cuando se presente complicaciones de salud derivadas de estas transformaciones corporales o de cualquier otra naturaleza.

También se identificarán en el EMI todas las poblaciones especiales para definir las rutas de atención diferencial de acuerdo con el MIAS.

a. Valoración médica de ingreso

Debe realizarse cuando la PPL ingresa por primera vez al establecimiento o es trasladado de otro establecimiento. El registro se hace en el formato EXAMEN MÉDICO INGRESO – EMI y debe quedar anexo en la hoja de vida del PPL con copia en la historia clínica.

b. Valoración odontológica de Ingreso

Debe realizarse cuando el PPL ingresa por primera vez al establecimiento, o es trasladado de otro establecimiento. El registro se realiza en el formato VALORACIÓN ODONTOLÓGICA DE INGRESO - VOI y debe quedar anexo en la hoja de vida del PPL con copia en la historia clínica.

c. Valoración Psicológica de Ingreso

Está dirigida a evaluar el estado de salud psicológico actual y determinar la presencia de una patología mental, abuso o adicción a sustancias psicoactivas que requiera manejo por especialista de acuerdo a la prestación de servicio de salud mental establecido.

Para todos los casos se debe realizar Tamizaje en Salud Mental a los pacientes con TB en riesgo, o en pérdida del seguimiento (idealmente a todos los pacientes con TB, TB-FR, TB/VIH); además del tamizaje al 100% de la población privada de la libertad - PPL de cada ERON, en índice de:

- Consumo de sustancias psicoactivas (ASSIST)
- Patología mental (Whooley, generalized anxiety disorder scale)
- Suicidio (Suicide Check list -SCL, Suicide Probability Scale, Suicide Potential Scale)

La totalidad de actividades que se deben realizar para ejecutar del examen de ingreso, se encuentran descritas en el procedimiento de examen de ingreso el cual forma parte del presente manual.

8.4.2. Consulta externa

a. Asignación de cita médica

Para la asignación de una cita médica, el responsable de tratamiento y desarrollo (Sanidad) del ERON a cargo del INPEC, debe estar articulado para trabajar mancomunadamente con el coordinador y/o jefe de enfermería intramural contratado por la entidad prestadora de servicios de salud. Este funcionario es el encargado de solicitar y gestionar diariamente todas las citas, actividades, procedimientos e intervenciones requeridas, exámenes de laboratorio, terapia física, terapia respiratoria, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, trabajo social, nutrición, promoción y prevención y las atenciones de medicina especializada para la población interna ante el competente. También debe gestionar los requerimientos de los entes judiciales y de control que estén relacionados con la atención en salud. En los ERON que no cuenten con funcionarios del INPEC para dicha labor, el director del ERON debe realizar las gestiones administrativas necesarias para la asignación de un funcionario, en cumplimiento de lo mencionado, se debe contar con la base de datos actualizada del profesional asignado para dicha labor, dicho personal debe estar continuamente en un proceso de inducción y reinducción por parte de la subdirección de atención en salud.

Es responsabilidad del funcionario de tratamiento y desarrollo (sanidad) INPEC, realizar el respectivo cronograma de atención mensual, dirigirse a los patios del ERON, en compañía de un auxiliar de enfermería de la UAP a fin de verificar qué PPL requieren atención médica y odontológica. En el caso que la demanda supere la oferta, debe notificar inmediatamente a la Subdirección de Salud del INPEC, para que se realicen las coordinaciones necesarias.

b. Consulta Externa a PPL cubierta por el Fondo Nacional de Salud

La atención se realiza cuando las PPL ingresen a la UAP, conducidos por la unidad del cuerpo de custodia y vigilancia que se disponga, garantizando permanentemente las debidas medidas de seguridad para los prestadores. A los directores de ERON les corresponde impartir instrucciones tendientes a proteger y custodiar la vida y la seguridad del talento humano que presta servicios de salud en el ERON, en cumplimiento a lo previsto en el reglamento interno.

Para la prestación de servicios de salud intramural se debe seguir lo descrito en el procedimiento de atención en salud, el cual se anexa y forma parte del presente manual.

c. Consulta Externa a PPL afiliada a Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

La PPL perteneciente al régimen contributivo o de excepción que se encuentren dentro del ERON, debe ser atendida en la red prestadora de la EAPB a la que se encuentre afiliado y el director del ERON debe garantizar todas las condiciones necesarias para el desplazamiento del PPL hasta el lugar donde tomara sus servicios de salud. En caso de urgencia médica, el prestador intramural debe garantizar la atención inicial de urgencias y debe definir si requiere o no el traslado hacia una institución de mayor complejidad, este traslado se debe realizar siguiendo lo estipulado en el Procedimiento de referencia y contrarreferencia Régimen Contributivo y de Excepción.

Todas las acciones que se deriven de esta atención, como son pagos de copago, cuota moderadora o recogida de medicamentos o dispositivos médicos, debe ser asumido por el familiar de la PPL. En caso de que no tenga un familiar o red de apoyo estos requerimientos los realizara el funcionario de tratamiento y desarrollo de (sanidad) del INPEC o a quien el director designe, con excepción de los trámites que requieran pagos.

d. Consulta Externa para PPL a cargo del INPEC, recluida en CRM

Se refiere a aquellas personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, pero que por orden judicial les es asignado como lugar de reclusión un Centro de Reclusión Militar –CRM o una Estación de Policía –EP, siéndole aplicable la cobertura en salud por los recursos del Fondo Nacional de Salud o si cumple con los criterios para pertenecer al SGSSS, puede continuar con una afiliación activa al régimen contributivo, especial o de excepción, caso en el cual le es aplicable lo descrito para las PPL que pertenecen a régimen contributivo.

Para avalar la cobertura por el Fondo Nacional de Salud, la Subdirección de Atención en Salud del INPEC, desde el grupo de Aseguramiento en salud, lleva a cabo un proceso de inclusión, previo cruce de bases de datos con el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de que el listado censal de cada semana, cuente con la información actualizada de los PPL inactivos en el SGSSS y por ende cubiertos por el Fondo.

El trámite para la atención en salud está a cargo del ERON a la que esté adscrita la PPL así:

- ***Si la cobertura en salud se realiza con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL:*** Es responsabilidad de Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC del ERON realizar toda la gestión administrativa para garantizar el acceso a los servicios de salud (incluye generación de autorizaciones, trámite de citas en todos los niveles de atención) cumpliendo el procedimiento referencia y contrarreferencia Fondo PPL, para lo cual el CRM debe informar la necesidad de atención médica al establecimiento. En caso de urgencia el CMR traslada a la PPL a la IPS más cercana que cuente con este servicio e informa al establecimiento de Reclusión.

- ***Si la prestación de servicios de salud se realiza través del régimen contributivo:*** La PPL perteneciente a este régimen, debe ser atendida en la red prestadora de la EPS a la que se encuentre afiliado. En caso de urgencia el CRM trasladará a la IPS más cercana que cuente con este servicio e informará al establecimiento de Reclusión.

Nota: Una vez el privado de la libertad quede a cargo directamente de un ERON asignado en reclusión a un CRM, el ERON debe garantizar la realización del examen de ingreso y egreso a través del prestador intramural quienes realizan el debido archivo de este documento y todos aquellos que se generen en la prestación.

e. Consulta Externa para PPL a cargo del INPEC, recluida en CRM o EP avalados por el INPEC:

Aplica para los privados de la libertad a cargo del INPEC que cumplen la detención en centros de reclusión militar o de policía.

- ***Si la prestación de servicios de salud se realiza a través del régimen de excepción:*** La PPL perteneciente a este régimen, debe ser atendida en el CRM o EP, garantizando la realización del examen de ingreso y egreso y efectúan el debido archivo de este documento y todos aquellos inherentes a la prestación.

- ***Si la prestación de servicios de salud se realiza a través del régimen contributivo:*** La PPL perteneciente a este régimen, debe ser atendida en la red prestadora de la EPS a la que se encuentre afiliado. En caso de urgencia se traslada a la IPS más cercana que cuente con este servicio; el CRM debe garantizar dicho traslado, así como la realización del examen de ingreso y egreso y efectuarán el debido archivo de este documento y todos aquellos inherentes a la prestación.

- ***Si la cobertura en salud se realiza con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud para la PPL:*** Es responsabilidad del CRM realizar toda la gestión administrativa para garantizar el acceso a los servicios de salud, ante el contact center que se contrate para la generación de autorizaciones de servicios de salud. En caso de urgencia el CRM debe trasladar a la PPL a la IPS más cercana que cuente con este servicio, y debe garantizar la realización del examen de ingreso y egreso, y efectuar el debido archivo de este documento y todos aquellos inherentes a la prestación.

La prestación de los servicios de salud y trámites administrativos para el acceso a los servicios de salud de la PPL recluidos en las Unidades Tácticas está a cargo de los CRM al que pertenece.

Nota: la Prestación del Servicio especializado en Salud mental, VIH, alto costo y las demás que determine la USPEC y el INPEC para esta población a cargo del INPEC reclusa en los CRM y EP, debe darse intramural, aplicando los mismos protocolos y procedimientos establecidos en el presente Manual para la PPL reclusa en los ERON a cargo del INPEC.

f. Rutas Integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud

Las rutas integrales de atención en salud, hacen parte de la Política de atención integral en salud y constituyen un conjunto de acciones coordinadas y materializadas en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo.

Teniendo en cuenta lo anterior y partiendo del enfoque preventivo del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad cuyo propósito principal a través de las unidades primarias de atención intramural es la promoción y prevención individual y colectiva, se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicio de salud contratadas para dicha atención dentro de sus actividades den estricto cumplimiento a lo plasmado en la normatividad vigente a través de la atención primaria y la gestión del riesgo fortaleciendo la resolutividad en el primer nivel de atención.

Para lograr una atención integral a la población privada de la libertad se requiere la caracterización de la población, la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención y la gestión integral del riesgo en salud en coordinación con redes integrales de prestadores de servicios de salud que garanticen la complementariedad en las atenciones. Las rutas integrales de atención en el sistema penitenciario y carcelario requieren:

- Intervenciones colectivas en coordinación intersectorial con las entidades territoriales
- Prestación de servicios individuales en la UPA
- Gestión del aseguramiento
- Vigilancia en salud pública grupo de salud pública en coordinación con el INS y las entidades territoriales
- Inspección, vigilancia y control a cargo de las entidades territoriales

Todo esto aunado a la formación del talento humano en salud, teniendo en cuenta los entornos, los destinatarios y el momento del curso de vida.

La Resolución 3280 de 2018 adopta los lineamientos técnicos y operativos de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención materno perinatal y establece las directrices para su operación los cuales son de obligatorio cumplimiento para todos los actores del sistema general de seguridad social en salud incluidos regímenes especiales y de excepción. Los actores deben adaptar la atención en salud de acuerdo a las

características de su grupo poblacional; la adaptación de los servicios implica que no debe mediar autorización para la prestación de los mismos y pueden ser solicitados u ordenados en el marco de cualquier consulta.

8.4.3. Intervenciones colectivas e individuales

En el marco de las competencias, establecidas en la normatividad vigente, para la población privada de la libertad se deben desarrollar intervenciones colectivas e intervenciones individuales:

a. Intervenciones Colectivas

Se requiere de la coordinación entre INPEC y USPEC para la elaboración del plan de intervenciones colectivas de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y lo plasmado en el capítulo III de Salud Pública, del presente Manual; la ejecución de dichas acciones requieren la coordinación intersectorial con entidades territoriales, para la implementación de las acciones contempladas en las Resolución 518 de 2015, identificación de la población, su entorno y sus necesidades de intervención, factores de riesgo, vulnerabilidad y factores protectores, la contratación del talento humano para la gestión del riesgo. Tener en cuenta la modalidad de prestación de servicios para la complementariedad e integración con las intervenciones individuales.

Para la implementación de intervenciones colectivas dirigidas al control de vectores se hace necesaria la coordinación con la subdirección de habilidades productivas quien a través del PIGA maneja los recursos por los cuales podrían implementarse métodos biológicos o de barrera para la prevención.

b. Intervenciones Individuales

Intervenciones en salud que deben ejecutarse según el momento de curso de vida y tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud a fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas.

Su implementación es de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, los cuales deben tener en cuenta el anexo técnico de la Resolución 3280 de 2018 lineamiento técnico operativo de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta de atención integral materno perinatal donde se encuentran descritas, el talento humano, las atenciones y los dispositivos e insumos necesarios para el desarrollo de cada programa, en el cuadro Excel Anexo, se presenta resumido el tipo de intervención, la periodicidad de las intervenciones, el talento humano requerido el cual debe ser capacitado en el procedimiento (Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y ruta de atención materno perinatal) para la implementación de las actividades en las UPA intramurales, la normatividad no establece tiempo de duración para la consulta de promoción y mantenimiento de la salud.

Solamente el MAPIPOS establece 20 minutos para las atenciones de medicina general y dice que el profesional será quien establezca las pautas para la promoción y la prevención, sin embargo, cada una de las actividades de la ruta materno perinatal si cuenta con un tiempo establecido para su ejecución por parte de cada profesional.

Las actividades establecidas para primera infancia solamente se realizan hasta los 3 años para los menores que conviven con sus madres en los establecimientos de reclusión, a nuestra población no aplican las actividades establecidas para el curso de vida infancia y adolescencia.

8.4.4. Atención integral a población especial

Según el enfoque diferencial que plantea el modelo de atención en salud, existen unos grupos poblacionales a los cuales se les debe brindar una especial atención. Esta atención en salud no está limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deben definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención[2].

Esta Atención Integral a población especial, debe ir en concordancia con las políticas emitidas por el Estado en atención a población vulnerable, trato humano y humanizado, preferente, permitiendo el acceso, sin discriminación y con énfasis en la inclusión social, en los términos y condiciones exigidos por la normatividad vigente, en el marco también del acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, publicado y firmado por el Gobierno. Estas poblaciones especiales las componen:

a. Grupos con enfoque diferencial

- Atención especial a niños y niñas menores de tres (3) años.
- Atención especial a Mujeres en periodo de gestación y/o lactancia.
- Atención especial a PPL con Diversidad Funcional y al Adulto Mayor.
- Atención intramural especial a PPL pertenecientes a comunidades indígenas, afrocolombianas, raizales y palanqueras, grupos ROM y demás etnias culturales.
- Atención especial a personas privadas de la libertad, pertenecientes a la Comunidad LGTBI.

b. Grupos con atención especial por vulnerabilidad

- Atención especial a las Mujeres privadas de la libertad.
- Atención especial a personas privadas de la libertad de origen extranjero.
- Atención especial a personas con enfermedades terminales (cáncer, VIH, insuficiencia renal crónica entre otras) y enfermedades huérfanas.

Las especificaciones de la atención especial de estos grupos poblacionales se describen en el procedimiento de consulta externa, el cual es un anexo del presente manual.

8.5. ATENCIÓN INTRAMURAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN SALUD MENTAL

Está a cargo del prestador de servicio de salud intramural y/o de la IPS contratada, quienes deben garantizar el acceso con calidad, oportunidad y continuidad; en este sentido, deben contar con el equipo multidisciplinario idóneo en las áreas de psiquiatría, medicina general, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional y la red de servicios intramural y extramural en el territorio nacional, incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos médicos, medicamentos y demás tecnologías en salud, que se requieran para la atención integral e integrada en salud mental de conformidad con lo preceptuado en la normatividad vigente, teniendo en cuenta la infraestructura disponible y el número total de las personas privadas de la libertad por ERON.

La atención integral en salud mental está enfocada a la prevención, atención integral e integrada, inclusión social, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, eliminación de estigmas y la discriminación del enfermo mental garantizando el derecho a la salud mental con las siguientes líneas de atención:

[2] LEY 1751 de 2015, artículo 11

- Acciones Promocionales de la Salud Mental
- Acciones de Prevención del Trastorno Mental
- Acciones de Atención Integral en Salud Mental
- Acciones de identificación de riesgos que desemboquen o incrementen la afectación en una patología mental.

Las especificaciones técnicas de la prestación de servicio de salud mental, se describen en el procedimiento de atención de PPL con patología mental el cual es un anexo del presente manual.

8.5.1. Atención Inicial de urgencias

Es la consulta que se presta de manera inmediata a aquellas PPL que la requieren por presentar un deterioro reciente de su estado de salud.

La población privada de la libertad tiene derecho a una atención inicial de urgencia o prioritaria en caso de que haya una alteración de salud física y/o mental que lo amerite, para lo cual se debe informar a la unidad de guardia que custodia el patio a fin de que se garantice la salida de la PPL a la UAP.

La atención inicial de urgencias es **obligatoria** para toda la PPL, sin importar el régimen de salud al que pertenezca el PPL; el médico define la conducta a seguir y en caso que la persona pertenezca al régimen contributivo, excepción o especial, se estabiliza el paciente y si amerita atención prioritaria, tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC del ERON debe realizar el trámite correspondiente ante la entidad responsable de la salud de la PPL.

En el caso en que la PPL por su condición de salud, requiera ser remitido a una Institución Prestadora de servicios de salud de mayor nivel de complejidad, el prestador intramural debe realizar la activación, el proceso de referencia y debe solicitar el transporte asistencial, dejando los debidos registros asistenciales, a fin de garantizar el traslado oportuno. Para el traslado de las PPL se debe aplicar el “Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia para Urgencias” el cual es un anexo del presente manual.

En los ERON que no exista médico disponible en el momento, el personal de salud disponible o a quien designe el director del establecimiento, debe solicitar el transporte asistencial y la PPL debe ser remitido a la IPS más cercana.

8.5.2. Prestación de servicio de salud por telemedicina

La telemedicina se define como la prestación de servicios médicos a distancia y para su implementación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones, al interior de los establecimientos la prestación de este servicio para algunas especialidades de difícil consecución, permite brindar a la PPL continuidad y oportunidad en la resolución de su enfermedad. Las responsabilidades de las instituciones frente al servicio de telemedicina son:

a. Responsabilidades del INPEC

- Ubicar el espacio adecuado donde se pueda prestar el servicio de telemedicina
- El área de sistemas de información garantizará la conectividad
- El área de sistemas de información realizará las recomendaciones técnicas que amerite sobre el cableado estructurado que se requiera.
- Garantizar el desplazamiento de la PPL hasta el lugar de la consulta
- Gestionar el ingreso de los equipos necesarios y personal para el desarrollo de la atención a la PPL
- Hacer acompañamiento en el momento en que se realice la consulta

b. Responsabilidades del Prestador de salud intramural

- Informar a la PPL en qué consiste la modalidad de telemedicina, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención
- Verificar los pacientes que están programados para la obtención de este servicio y entregar al área de tratamiento y desarrollo del ERON (sanidad) el listado previamente para el alistamiento de la PPL
- Acompañar en el proceso de atención a todas las PPL incluyendo afiliados del régimen contributivo o de excepción
- Contar con los equipos biomédicos y de telecomunicaciones necesarios para el proceso de atención en telemedicina
- El personal asistencial debe estar capacitado en el manejo de la tecnología utilizada, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad.
- Dar continuidad a lo solicitado durante la atención por esta modalidad.

c. Responsabilidades del prestador-centro de referencia

- El personal asistencial que presta directamente el servicio bajo la modalidad de telemedicina debe contar con certificado de formación en el manejo de la tecnología utilizada, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad.
- Capacitar al personal asistencial intramural de cada ERON respecto al manejo de la tecnología utilizada, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad.
- Contar con la Infraestructura adicional a lo previsto para servicios presenciales de consulta y/o apoyo diagnóstico: conexión a internet (conectividad) con una velocidad y ancho de banda que permita garantizar durante la consulta y/o transmisión de información la prestación de servicios bajo esta modalidad.
- Contar con todos los equipos biomédicos necesarios requeridos de acuerdo a los servicios a prestar estipulados en el capítulo del Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria y Carcelaria.
- Garantizar el mantenimiento de los equipos de captura, transmisión y almacenamiento de datos e imágenes para garantizar la calidad de la información, el seguimiento de protocolos y la continuidad del servicio.
- Contar con los dispositivos periféricos necesarios, de acuerdo con el tipo de servicios ofrecidos, de manera que se garantice la obtención de la información requerida por el centro de referencia para realizar el diagnóstico.
- Contar con la debida inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), debidamente diligenciado especificando los servicios que prestará con el apoyo de la Telemedicina.
- Contar con la debida Habilitación para el servicio de telemedicina.
- Cumplir con el Sistema de Calidad en Salud Penitenciaria y Carcelaria.

d. Responsabilidades de la USPEC

- Realizar en coordinación con el INPEC, el seguimiento al prestador intramural primario en el cumplimiento de esta modalidad de estándares y habilitación de los servicios, manuales y procedimientos, medir el impacto sobre los resultados de salud de la PPL atendida y los costos generados.
- Dotar de equipos necesarios a los ERON que se requieran para la implementación del servicio de telemedicina (cableado, equipos de cómputo de capacidad suficiente, red y accesorios periféricos), previo análisis conjunto con el INPEC.
- Realizar el mantenimiento de infraestructura y condiciones eléctricas para la prestación de este servicio de salud.

8.5.3. Modalidad extramural y sistema de referencia y contrarreferencia

La modalidad extramural comprende la prestación de los servicios de salud en las IPS externas contratadas por la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud y también la atención de los PPL afiliados al régimen contributivo, especial o de excepción y que requieren atención en la red de IPS que las EAPB o Prestadores según régimen, a su vez tengan contratadas, a fin de garantizar la continuidad y oportunidad de la atención, se debe efectuar lo establecido en el procedimiento de referencia y contrarreferencia.

Mediante esta modalidad de prestación de servicios se busca garantizar las condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad e integralidad en los servicios de salud en donde cada una de las entidades dentro de sus competencias desarrolla las actividades descritas en los siguientes procedimientos los cuales son anexos del presente manual:

- Procedimiento de Referencia y contrarreferencia Fondo PPL
- Procedimiento de Autorización de servicios de salud externos
- Procedimiento de Referencia y contrarreferencia Contributivo
- Procedimiento de Referencia y contrarreferencia de urgencias

El servicio de referencia se inicia cuando se presentan las siguientes situaciones:

- Cuando se agote la capacidad resolutiva de la UAP, o se requieran servicios complementarios en niveles mayores de complejidad a la oferta intramural.
- Cuando se requiera atención por urgencias y que, por criterio médico, supere la oferta de la atención inicial de urgencias (AIU) intramural, para lo cual se debe activar el procedimiento establecido.
- Cuando se requiere sustitución de la detención preventiva por grave enfermedad incompatible con la vida en reclusión, previo dictamen de medicina legal y el juez determine si el imputado o acusado debe permanecer en clínica u hospital[3], la red debe contar con una institución que permita el manejo integral de la patología conceptuada por medicina legal y que ésta permita que se apliquen los procesos de custodia y vigilancia que requiere el privado de libertad. Si se requiere cuidados paliativos se debe incluir en la red de prestadores este tipo de servicios, para dar cumplimiento a los diferentes requerimientos judiciales.

a. Responsabilidades del prestador intramural

- Conocer la Red Extramural con la que cuenta cada ERON y pleno conocimiento de los servicios que presta.
- Evaluar pertinentemente la PPL para definir si requiere ser remitido
- Cumplir con todos los trámites administrativos que se requieran para hacer efectiva la remisión.
- Hacer seguimiento de la PPL a remitir, hasta el momento que se remita.
- Entregar las órdenes que ameritan atención extramural, diariamente al área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) del ERON para continuar con la gestión administrativa, según corresponda.

b. Responsabilidades del Prestador Extramural

- Garantizar los recursos tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización, que permitan la oportunidad, continuidad e integralidad de la atención.
- Garantizar la contrarreferencia al prestador de servicios intramural contratado por la entidad fiduciaria con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud.

[3] (Código de Procedimiento Penal, art. 313, 2004)

- Deben estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores –REPS y cumplir con lo establecido en el SOGC y los procedimientos de habilitación requeridos.
- Todas las demás correspondientes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la normatividad vigente que las reglamente.

c. Responsabilidad de la Entidad Fiduciaria

- Cumplimiento de las obligaciones contractuales en el contrato de Fiducia Mercantil suscrito con la USPEC.
- Garantizar la contratación y conformación de una red de prestadores de servicios de salud externos y complementarios que incluya todos los niveles de atención y el servicio de ambulancias.
- Responder oportunamente los requerimientos de los establecimientos en relación a las dificultades que se presentan con los prestadores contratados, informando las medidas implementadas para superarlas, en consonancia con el clausulado establecido en el contrato de fiducia mercantil.
- Contratar la red de prestadores de servicios de salud georreferenciada en relación con los establecimientos de reclusión, de manera que se optimice el recurso financiero, humano y logístico que implica el traslado de las PPL a las IPS.
- Informar la red extramural con contrato vigente y los servicios contratados a la Subdirección de Salud y a los establecimientos de reclusión cada tres meses o las veces que surjan novedades o se modifiquen.

d. Responsabilidad del INPEC

- Las establecidas en el Decreto 1142 del 2016, Artículo 2.2.1.11.3.3 funciones del INPEC, en relación con la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad.
- Conocer la red externa contratada para el establecimiento de reclusión y los servicios a fin de continuar con el proceso de referencia y contrarreferencia de la PPL tanto con el Fondo como con el contributivo y de excepción.
- Conocer el tipo de afiliación de las PPL que requieren los servicios extramurales para dar el trámite correspondiente según sea a través del Contact Center contratado con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Salud o con el Prestador del régimen contributivo, especial o de excepción a la cual se encuentre afiliada la PPL.
- El cuerpo de custodia y vigilancia debe garantizar el traslado de las PPL hacia las instituciones que hagan parte de la red externa, a la cual se haya expedido la cita o que cuente con el servicio de urgencias si es el caso.
- Coordinar con el cuerpo de custodia y vigilancia la garantía del traslado de las PPL hacia las instituciones que hagan parte de la red externa, a la cual se haya expedido la cita o que cuente con el servicio de urgencias si es el caso.
- Velar porque los documentos generados en la atención extramural (órdenes de cirugía, fórmulas, interconsultas, órdenes para exámenes de apoyo diagnóstico u otras) sean tramitados oportunamente dando continuidad al proceso de atención.

e. Responsabilidad de la USPEC

Las Establecidas en el Decreto 1142 de 2016, Artículo 2.2.1.11, Funciones de la USPEC, en relación con la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad.

8.5.4. Jornadas móviles de atención en salud intramurales

Las jornadas móviles de atención en salud complementan los servicios que se prestan al interior de los establecimientos y permiten una mejor capacidad resolutiva ya que hacen un manejo integral de la patología del PPL (Diagnostico, exámenes complementarios y tratamiento). De esta forma se disminuyen las remisiones extramurales y garantizando una mayor oportunidad y continuidad en el servicio y un seguimiento directo por parte de la UAP en coordinación con Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC.

Por lo tanto, en ningún caso se aceptan jornadas móviles de salud ofertadas por especialista no adscrito a una IPS.

El proceso de atención por jornada móvil de salud, debe contar con una estricta articulación entre la IPS que presta la brigada, el prestador intramural de la UAP y el área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC; proceso en el cual cada actor debe cumplir las siguientes obligaciones específicas, además de las definidas ampliamente en la normatividad legal vigente:

a. Responsabilidades de la institución prestadora de servicios de salud intramural

- Acompañar las jornadas móviles que se realicen, disponiendo de la historia clínica
- Realizar todos los trámites administrativos y/o asistenciales necesarios que se deriven de la atención de las jornadas móviles.
- Identificar la necesidad de la jornada móvil por cada especialidad (Ej.: Urología, ortopedia, medicina interna, imágenes diagnósticas, pediatría, ginecología, etc.), en coordinación con INPEC.
- Garantizar en coordinación con la Dirección del ERON, un espacio (área y horario) para la realización de las jornadas móviles.

b. Responsabilidades de tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC

- Coordinar la jornada móvil con el prestador intramural y extramural (IPS) que se defina.
- Identificar en coordinación con el prestador intramural las PPL para cada servicio requerido soportado en las órdenes médicas y demás documentación que se necesite anexar.
- Realizar trámites administrativos para facilitar el ingreso de los prestadores y equipos biomédicos necesarios para el desarrollo de la jornada móvil.
- Ejecutar el procedimiento de Atención en Salud, en donde se diligencia el formato de Atención Médica, con el correspondiente registro de calidad, el cual debe entregarse debidamente firmado por el especialista de la jornada móvil, para que sea devuelto al área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC de ERON.

c. Responsabilidades del Prestador Intramural

- Acompañamiento de la actividad durante el proceso de desarrollo.
- Realizar seguimiento a los pendientes y procedimientos adicionales generados como resultado de esta atención.
- Gestionar la entrega de medicamentos solicitados como resultado de esta atención.
- Dar continuidad al tratamiento que se defina como resultado de esta intervención.
- Archivar los soportes de la intervención en la HCL de cada PPL.

d. Responsabilidades del Prestador de la jornada móvil de servicios de salud

- Entregar con al menos (5) días de antelación al área de Tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC del ERON, el listado de los profesionales debidamente identificados que van a realizar la jornada móvil al igual que el detalle de los equipos, instrumental y demás dispositivos que se requieran ingresar al ERON para el desarrollo de la actividad.
- Cumplir con todos los protocolos de bioseguridad establecidos en el ERON.
- Aceptar todos los procesos de seguridad y requisa para el ingreso a los ERON.
- Realizar la atención en salud y dejar el registro de la misma, el cual posteriormente será anexado a la HCL.
- Atender a los PPL con reserva y ética médica.
- Diligenciar el formato de Atención Medica y dejar original en tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC.
- Realizar informe brigada donde este el horario de inicio, fecha y cierre de la jornada, el alcance de la brigada en cobertura y servicios prestados y los pendientes para dar continuidad al tratamiento instaurado.

8.5.5. Prestación del servicio de odontología por jornadas móviles

Esta modalidad aplica para:

- Los ERON en los que no exista área ni dotación para prestar el servicio de odontología general incluyendo las actividades de promoción de la salud oral y detección de la enfermedad.
- Todos los ERON que requieran los servicios de odontología especializados, para la prestación de este servicio, es indispensable que el prestador ingrese con la unidad odontológica portátil y demás dotación necesarios para la atención, los registros deberá realizarlos en la historia clínica cumpliendo la normatividad vigente.
- Los prestadores deben garantizar la prestación del servicio, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo referente a los servicios de odontología, descritos en el procedimiento anexo.

8.6. Manejo historia clínica

En la historia clínica debe registrarse, desde la apertura de la misma, todas las atenciones realizadas por parte del prestador de servicio de salud intramural, adjuntar la respuesta de la atención extramural y registrar la evolución de las atenciones por otros servicios incluyendo las jornadas móviles de salud realizadas, y debe anexarse los documentos y soportes de los procedimientos médicos realizados a cada paciente, así como los elementos de protección personal entregados a la PPL durante la atención (específicamente para el caso de la atención en odontología). La historia clínica debe permanecer en el área de archivo de la unidad de atención primaria, cumpliendo con lo reglamentado en la normatividad vigente sobre el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas.

En el evento de tener sistematizada la información, ésta debe contar con una plataforma amplia y suficiente donde se registren todas las atenciones realizadas por parte del prestador de servicio de salud intramural, atención extramural, incluyendo las jornadas móviles de salud realizadas y deben anexarse los documentos y soportes de los procedimientos médicos realizados a cada paciente.

La salida de la historia clínica del ERON, sólo se autoriza para la realización del dictamen médico forense por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en casos específicos donde la atención medica extramural lo amerite para lo cual el prestador debe entregar una copia del documento completo, debidamente organizado y foliado al responsable del grupo de remisiones el día anterior, previa solicitud del funcionario de

tratamiento y desarrollo (Sanidad) del ERON. Este procedimiento debe contar con los registros de calidad de la salida y entrada de la historia clínica al archivo, debidamente soportado y firmado.

En caso de traslado definitivo de ERON del privado de libertad, debe remitirse con la PPL, la historia clínica completa debidamente organizada, foliada y con los registros de calidad de la salida y entrega de la misma al área de jurídica para que sea remitida al ERON de destino.

Si una persona privada de la libertad requiere copia de la historia clínica, deberá solicitarla por escrito al responsable de la UAP quien le informa el número de folios que contiene el documento para que sea asumido el costo por la PPL que le será descontado de la "Cuenta Matriz" de acuerdo a lo establecido en el procedimiento del ERON, la PPL debe entregar copia de este pago al responsable de la UAP quien deberá realizar el trámite de fotocopiado y posterior entrega a la PPL.

En caso de que a la PPL se le determine libertad condicional, libertad por culminación de pena, beneficio de prisión o detención domiciliaria, puede requerir copia de su historia clínica previa solicitud al responsable de atención y tratamiento de sanidad del ERON, quien le informa el número de folios y debe realizar el pago de las copias en el área de pagaduría y presentar su documento de identidad. En caso de fallecimiento únicamente pueden solicitarla los parientes consanguíneos (madre, padre, hermanos, hijos, esposa(o) demostrando el parentesco (registro civil, registro de matrimonio, extra juicio) y manifestando el fin para la cual se solicita, acorde a la normatividad vigente.

En el evento de encontrar historias clínicas de personas privadas de la libertad que ya no estén en el ERON, sea por libertad o en prisión/detención domiciliaria, se debe verificar la fecha de la última consulta realizada y si ésta es mayor a cinco (5) años se debe almacenar en el archivo central del prestador. Si se evidencian historias clínicas de PPL que no corresponden al ERON, pero se verifico que la PPL se encuentra en otro establecimiento, se debe realizar el respectivo trámite para el envío de la HCL al establecimiento respectivo.

En caso de fallecimiento, la historia clínica debe permanecer en el último ERON en el cual estuvo recluido el privado de la libertad, el prestador entrega mediante oficio al Director del ERON, medio físico o magnético, copia auténtica del documento debidamente organizada y foliada, incluyendo los anexos de la misma que debe reposar en el área de archivo del ERON, para garantizar la custodia y conservación dejando el registro de calidad del ingreso al mismo.

El manejo de la historia clínica al interior de los establecimientos se realiza de acuerdo a la legislación vigente y al lineamiento de manejo de historia clínica, el cual se anexa y forma parte del presente manual.

8.7. Examen de Egreso

El examen de egreso físico y mental (médico y psicológico) tiene como propósito evidenciar el estado de salud de la PPL, al momento de salir del ERON (cuando el privado de la libertad sale en traslado a otro ERON, por medida sustitutiva de la pena en el domicilio y libertad por autoridad competente). El responsable del área de jurídica de cada ERON, debe entregar diariamente al área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) el listado de PPL con el beneficio de libertad, a fin de realizarle el examen de egreso. Es importante dejar una copia de este examen en la hoja de vida de la PPL.

Para las PPL con beneficio de 72 horas, se debe realizar anotación en la historia clínica sobre su estado de salud.

9. CAPITULO III SALUD PÚBLICA

9.1. CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

La Ley 1122 de 2007 define que la "salud Pública. está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad".

La Salud Pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.

La ley 1751 de 2015 establece *"Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. Se entiende por determinantes de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud".*

Establece la Ley 1709 de 2014, en el artículo 105 que se deberá diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, con una política de atención primaria en salud; por su parte, el Ministerio de salud, define que la estrategia de Atención Primaria en Salud busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes.

La resolución 3280 de 2018, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, que parte de prevenir riesgos y mantener la salud.

Comprende acciones, sectoriales e intersectoriales, con tres clases de **intervenciones**:

- **Intervenciones Poblacionales**, con atenciones dirigidas en su conjunto para que modifiquen entornos, contextos y condiciones sociales, económicas culturales o ambientales; con el fin de potenciar la salud, el bienestar y el desarrollo humano; a través de mecanismos como: políticas públicas, normas, participación social, información en salud con medios masivos.

- **Intervenciones Colectivas**, son las definidas en el plan de intervenciones colectivas PIC; dirigidas a impactar positivamente los determinantes sociales con procedimientos o actividades, para la promoción de la salud y gestión del riesgo, para grupos de población a lo largo del curso de vida, estas intervenciones se definen con fundamento a las prioridades en salud.

- **Intervenciones Individuales**, con atenciones en salud dirigidas a la persona o familia, con la finalidad de atención integral, detección temprana y protección específica, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Para el desarrollo de las intervenciones en salud pública en los establecimientos de reclusión deben concurrir todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social, del sistema penitenciario y carcelario y otros actores, quienes deben ejecutar tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices establecidas en el presente Manual.

9.2. PRINCIPALES FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

Deben ser ejercidas por todos los actores del sistema penitenciario, en el marco de sus competencias y en todos los niveles de atención:

- Diagnóstico, evaluación, análisis y seguimiento de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud y prevención del riesgo
- Participación de los ciudadanos en la salud.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigación en salud pública.

9.3. LÍNEAS OPERATIVAS DE LA SALUD PÚBLICA

9.3.1. Línea de Promoción de la Salud

Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable.

a. Atención Primaria de Salud – APS

"Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. En este sentido, deben ser integradas las IPS, la entidad Fiduciaria administradora de los recursos, la USPEC, el INPEC; todos en coordinación con el área de Sanidad de los ERON y Regionales"[4].

La Estrategia de Atención Primaria en Salud, debe estar constituida por tres componentes integrados e interdependientes:

- Los servicios de salud

[4]Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

- La acción intersectorial/transectoriales por la salud
- La participación social comunitaria y ciudadana.

La Ley 1438 de 2011, define a la APS como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la continuidad del mismo, hasta la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Toda acción derivada de la APS debe conllevar un seguimiento que permitirá un estudio específico por usuario y aportará al diagnóstico del estado de salud de la PPL. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud; por ello debe existir totalmente el talento humano contratado por el prestador, para la ejecución de las actividades programadas.

"La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad" Este enfoque tiene las siguientes connotaciones:[5]

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad.
- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado para la afectación de determinantes sociales de la salud.
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación.
- Promueve la atención integral, integrada y continua.
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual.
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.

9.3.2. Enfoque de atención primaria en salud en el modelo de atención para la PPL

De acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud respecto a la salud para la población privada de la libertad, se resaltan cuatro (4) principios esenciales:

- El equipo de salud está encargado de cuidar de la salud mental y física de la PPL, así como el tratamiento de su enfermedad bajo los mismos estándares éticos y de calidad que la población general.
- El equipo de salud debe educar a la PPL desde el ingreso al ERON, acerca de sus deberes y responsabilidades en el autocuidado.
- Las políticas de salud para la PPL deben integrar a los diferentes actores intervinientes, entendiendo que la gestión de la salud pública en los ERON está directamente relacionada con la administración de servicios de salud.

5 Política de Atención Integral en Salud-Ministerio de Salud y Protección Social-2016
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

- Se debe dar prioridad a las enfermedades transmisibles, siguiendo los protocolos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicables a los destinatarios del presente Manual en el marco de sus competencias.

Así las cosas, el Prestador primario o Unidad Primaria de Atención se constituyen en la mejor herramienta para la prestación integral de los servicios de salud a la PPL. Sin embargo, hay diferencias que para la OMS deben tenerse en cuenta en el prestador primario en los ERON:

- Al perder la libertad, la PPL pierde el componente social de la salud: control sobre sus circunstancias, pérdida parcial o total de soporte familiar y comunitario asociado a la ausencia de familiaridad o vínculo con aquellos con quienes convive.
- El entorno puede afectar en mayor o menor medida la salud mental y física de las PPL.
- La relación médico paciente siempre va a estar unida a contextos legales.
- Generalmente las personas con privación de la libertad requerirán mayor nivel de cuidado en salud.

9.3.3. Promoción de la salud mental y la convivencia

La Salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616 /2013).

La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.

La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la dimensión “Convivencia social y salud mental del plan decenal de salud pública 2012 -2021”, con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia.

La salud mental es uno de los principales retos de la salud pública especialmente en los establecimientos penitenciarios y carcelarios, por tal razón las actividades de salud pública que se deben realizar al interior de los establecimientos con relación a salud mental, se describen ampliamente en el “procedimiento de manejo de PPL con patología mental”, el cual es un anexo del presente manual.[6]

Para el cumplimiento de las acciones en salud pública en la promoción de la salud mental y la convivencia se deben desarrollar los componentes propuestos en el plan decenal de salud pública así:

- Promoción de la salud mental y la convivencia. Este componente contempla el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos comunitarios favorables para la convivencia social.
- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. Se consideran de especial atención aquellos estados de alto impacto, costo emocional, económico y social sobre los individuos, familias y comunidades, que requieren intervención prioritaria por parte del estado y

[6] Ministerio de Salud y Protección Social, Gestión integrada para la salud mental. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/gestion-integrada-para-la-salud-mental.aspx#

la sociedad en su conjunto y los procesos articulados de servicios transectoriales, dirigidos a individuos, familias y colectivos, que buscan prevenir, mitigar y superar los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida.[7]

En todos los casos se debe implementar las estrategias definidas en el PDSP de acuerdo a la categoría de los ERON y el tipo de municipio, ciudad o distrito en el cual se ubique.

9.3.4. Línea de gestión del riesgo en salud

Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos.

a. Gestión del riesgo en salud pública

En cumplimiento a la resolución 5159 de 2015 y 3595 de 2016 del modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, establece en el capítulo 5° Salud pública, artículo 5.2 la gestión del riesgo en salud, "entendida como el proceso que permite analizar e intervenir los riesgos colectivos en salud"; define además las responsabilidades de los actores en materia de salud pública y ordena al prestador de servicios de salud, implementar las actividades de gestión del riesgo, definidas por la USPEC y el INPEC; de igual manera en su artículo 6.3 Gestión del riesgo determina que la USPEC en coordinación con el INPEC, realizará seguimiento a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deban desarrollar los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, define la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) como una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos.

Con base en los lineamientos establecidos en el Ministerio Salud y Protección Social, como ente rector del sistema de salud en el país, la estrategia de gestión integral del riesgo de salud-GIRS, aplicada al modelo de atención en salud establecido para la PPL, se ha definido como:

La estrategia que integra y articula a los actores del sector salud en el Sistema Penitenciario y Carcelario, desde los prestadores de servicios de salud intramurales, el Consorcio Fondo de Atención en Salud para la PPL, la USPEC y el INPEC, quienes en conjunto en cada uno de los departamentos, municipios y distritos, se articulan con las Entidades Territoriales y las entidades del orden nacional, como son el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de identificar, evaluar e intervenir los riesgos en salud para las personas privadas de la libertad, orientada al logro de resultados y contribuir a un mejor nivel de calidad de vida de la población.

[7] Ibíd., p. 90

b. Ruta de gestión del riesgo en salud pública

La GIRS realiza el seguimiento a las acciones de identificación y manejo del riesgo en salud, implementadas en el ERON por el prestador de servicios de salud, ejecutadas a través de la ruta de gestión del riesgo en salud pública a partir de tres momentos de atención en salud para la PPL:

Figura N° 1. Ruta de Gestión del Riesgo

Fuente. GRUSA Enero 2020.

- **Primer momento: Examen médico de ingreso**. Para la identificación y gestión del riesgo a través del examen médico de ingreso-EMI, los operadores intramurales contratados por el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019-CFAS, identificarán el riesgo al realizar el EMI, registrando la valoración de la PPL en el formato del EMI y los datos de identificación del riesgo en la matriz "Examen médico de ingreso/EMI – Remisión a servicios". Esta matriz es enviada desde los ERON hacia su respectiva regional los primeros tres (03) primeros días hábiles del siguiente mes, y las regionales a la Subdirección de Atención en Salud-SUBAS, los primeros siete (07) días hábiles del mismo mes a fin de revisar y consolidar lo reportado por los ERON de su jurisdicción.

- **Segundo momento: Demanda inducida a través de la estrategia de información educación y comunicación IEC**. Para la identificación y gestión del riesgo a través de la implementación de las estrategias de IEC, las regionales y establecimientos (encargados de sanidad INPEC y CFAS), deben asistir a la videoconferencia que realiza la SUBAS- Grupo Salud Pública el primer miércoles de cada mes, donde recibirán la socialización de la temática principal a tratar durante el mes. A partir de dicha videoconferencia, cada ERON ejecuta la divulgación de la temática con la estrategia IEC, y da cumplimiento al porcentaje de cobertura de asistencia a patios y de las PPL, estas metas de cobertura son suministradas por SUBAS a cada regional. Las instituciones prestadoras de salud intramurales desarrollan además otras

temáticas para la promoción de la salud y prevención del riesgo, de acuerdo a las necesidades en salud del establecimiento, en el periodo.

Las actividades realizadas se deben registrar en la matriz disponible en el Google drive del INPEC llamada "Seguimiento Gestión del Riesgo en Salud Pública" reportando el número de patios o pabellones intervenidos con la estrategia IEC – en el mes (columna E), total de PPL que participaron en la estrategia IEC en el mes (columna F); número de PPL que fueron direccionados a los diferentes servicios; consulta médica y/o toma de laboratorios en el mes (columna G).

Dicha matriz se encuentra protegida para cambios y se permite el acceso de los ERON únicamente en su fila, no pueden registrar información en filas diferentes. El permiso de registro para los ERON está habilitado desde el día 26 de cada mes hasta el día 20 del mes siguiente. Ejemplo: febrero 26 a marzo 20 de 2020. Para la verificación de las regionales sobre el registro de los ERON de su jurisdicción, la matriz está habilitada solo para comentarios (acta 0100 de 10 febrero 2020, oficio DINPE 2020IE0025690 Instrucciones seguimiento gestión riesgo salud pública 2020).

- **Tercer momento: Consulta externa.** Para la identificación y gestión del riesgo se hará a través de la revisión de RIPS de consulta externa, emitido por cada profesional en medicina durante el mes. Los resultados de la revisión se registrarán en la matriz mencionada, "Seguimiento Gestión del Riesgo en Salud Pública", consignando el número de casos con diagnóstico Principal / Diagnóstico relacionado de tuberculosis (columna P); VIH (columna Q); sífilis (columna R), Hepatitis B (columna S); Gonorrea (columna T); varicela (columna U); parotiditis (columna V); depresión/ansiedad (columna W) y diagnósticos relacionados al uso de sustancias psicoactivas (SPA) (columna X).

  El registro de seguimiento de sintomáticos respiratorios, se realiza mensualmente, a fin de hacer seguimiento a posibles casos nuevos de Tuberculosis que se puedan detectar tempranamente al interior de los ERON, para así ser garantes de calidad de vida en reclusión, en uno de los eventos de interés en salud pública de mayor incidencia, asimismo, hacer seguimiento a jornadas de captación de sintomáticos respiratorios – toma de muestra para diagnóstico de tuberculosis; esta información será consignada así:

  Número total de PPL captadas como sintomáticos respiratorios en el mes evaluado (columna H) , número de PPL a las cuales se canalizaron a programa para diagnóstico de Tuberculosis (columna I), número de baciloscopias solicitadas en el mes analizado (columna J), número total de PPL que se encuentran en fase I de tratamiento para tuberculosis en el establecimiento (columna K) , número total de PPL que se encuentran en fase II de tratamiento (columna L), nuevos casos de Tuberculosis diagnosticados confirmados en el mes evaluado (columna M), número de PPL diagnosticados con Tuberculosis afiliados a E.P.S o Régimen Especial o régimen de excepción (columna N), número de PPL diagnosticados con Tuberculosis con cobertura por el Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2019 (columna O).

Adicionalmente, con el propósito de verificar las acciones desarrolladas por los ERON, se ha creado un archivo en Google Drive, para cada una de las direcciones regionales llamado "Evidencias Seguimiento Gestión del Riesgo Regional"; en él se evidencia a través de soportes como actas, fotografías, copias de volantes, entre otras, las actividades desarrolladas por cada periodo mensual en el año. Se corrobora los establecimientos que participaron, los temas desarrollados, el número de personas asistentes a las actividades entre otras.

Toda la información registrada en Drive, es analizada por la Subdirección de Atención en Salud-Grupo de Salud pública del INPEC, a través de los indicadores de gestión del riesgo en salud pública organizados así:

c. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

Los indicadores de gestión del riesgo en salud pública se miden a partir de la información suministrada por la matriz "Seguimiento Gestión del Riesgo en Salud Pública"; son evaluados y analizados por la Subdirección de Atención en Salud-Grupo de Salud pública del INPEC.

Indicadores de Gestión del Riesgo a través de la Estrategia de Información, Educación, Comunicación – IEC

- Cobertura de IEC por ERON
- Cobertura de IEC: PATIOS* en ERON (*Patios, pabellones, salones, o cualquier lugar donde se reúnan PPL en el ERON)
- Cobertura: asistentes por ERON a IEC
- Cobertura de IEC: PPL canalizada por ERON

Indicadores Gestión del Riesgo Identificados a través del EMI

- Cobertura de PPL con EMI
- Aislamiento sanitario PPL: canalizado a aislamiento sanitario
- Orden de laboratorios:
  C.1. PPL canalizado a pruebas de TB
  C.2. PPL canalizado a pruebas de VDRL
  C.3. PPL canalizado a pruebas de VIH
  C.4. PPL canalizado a pruebas de embarazo
  C.5. PPL canalizado a pruebas de antígeno de superficie Hepatitis B
  C.6. PPL canalizado a pruebas de frotis de secreción uretral o vaginal
- Remisión a servicios:
  D.1. PPL canalizado consulta prioritaria en los próximos treinta días
  D.2. PPL canalizado a valoración por psicología y/o psiquiatría
  D.3. PPL canalizado a atención prioritaria a paciente crónico
  D.4. PPL canalizado a valoración integral y detección temprana
  D.5. PPL canalizado a atención médica de urgencias

Indicadores Gestión del Riesgo por RIPS

Patologías priorizadas:

- Número Total de PPL con diagnóstico de TB
- Número Total de PPL con diagnóstico de VIH
- Número Total de PPL con diagnóstico de SÍFILIS
- Número Total de PPL con diagnóstico de HEPATITIS B
- Número Total de PPL con diagnóstico de GONORREA
- Número Total de PPL con diagnóstico de VARICELA
- Número Total de PPL con diagnóstico de PAROTIDITIS
- Número Total de PPL con diagnóstico de DIAGNÓSTICO DEPRESIÓN/ANSIEDAD
- Número Total de PPL con diagnóstico de DIAGNÓSTICO SPA

Las fichas técnicas de los indicadores se encuentran en el documento anexo "Fichas técnicas de los indicadores del sistema de salud penitenciario".

d. Gestión del riesgo en salud pública con relación a examen médico de ingreso – EMI

El objetivo de realizar la valoración médica al 100% de las PPL que ingresan a los ERON, es identificar de manera oportuna su estado de salud, y los riesgos a los que está expuesto y dentro de los cuales puede presentarse un evento de interés en salud pública –**EISP.** Esta oportuna intervención en el PPL permite hacer un correcto abordaje de su estado de salud ya sea haciendo el manejo adecuado de sus patologías, vinculándolo a los programas de pacientes crónicos o realizando las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.

La información que se genera como resultado de la ejecución del examen de ingreso, se convierte en uno de los principales insumos para realizar las intervenciones en Salud Publica, especialmente en aquellos casos, en que se diagnostican enfermedades de interés en salud pública.

Para hacer el seguimiento de la realización del examen de ingreso y de egreso, se elaboraron dos las matrices, las cuales se llaman: “Registro examen de ingreso EMI – remisión a servicios” y “Registro Examen de Egreso EME”. Esto con el fin de obtener información relevante a partir de la ejecución del mismo. Este instrumento en Excel, debe ser diligenciado por la institución prestadora de servicios de salud intramural del ERON y posteriormente sanidad del establecimiento debe enviar a la regional de su jurisdicción esta información durante los tres (3) primeros días hábiles del mes siguiente. La dirección regional durante los siete (7) primeros días hábiles del mes siguiente, revisa y consolida la información, luego la envía a la Subdirección de Atención en Salud – Grupo de Salud Pública (GRUSA) para la toma de decisiones de forma oportuna, retroalimentar la ejecución del mismo y realizar los informes de gestión que resulten procedentes, a fin de garantizar el goce efectivo de los derechos en salud de la población a cargo del INPEC.

La ejecución del examen de ingreso se describe en el procedimiento de ingreso y egreso para PPL, el cual es un anexo del presente manual.

e. Gestión del riesgo en salud pública con relación a examen de egreso

Se debe realizar en los momentos previos a la excarcelación de una persona privada de la libertad con medida de suspensión o sustitución de la pena, baja por libertad condicional o libertad por autoridad, para verificar su estado físico, patológico y demás afecciones, a fin de que la persona se afilie al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los lineamientos normativos Nacionales vigentes y de continuidad a su atención y prestación de los servicios de salud.

El responsable del área de jurídica de cada ERON, debe entregar diariamente al área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) el listado de PPL, a fin de realizar dicha valoración. Debe quedar anexo en la hoja de vida del con copia en la historia clínica.

Para la gestión del riesgo en salud pública, con relación al examen de médico de Egreso- EME se requiere precisar que, cuando la persona es trasladada a otro establecimiento y presenta un EISP, sanidad debe informar su condición en salud, a fin de tomar las medidas sanitarias pertinentes en el ERON correspondiente; así mismo, si la persona obtiene su libertad y presenta un EISP, sanidad del ERON debe informar a la Entidad Territorial de su jurisdicción, la condición en salud para que ésta realice el seguimiento a la afiliación, a la continuidad y adherencia a su tratamiento.

9.3.5. Línea de vigilancia en salud pública

a. Notificación de eventos de interés en salud pública a SIVIGILA

En el año 2012 mediante la circular 041 el Ministerio de Salud y Protección Social definió que los Establecimientos de Reclusión deben formar parte del Sistema de Vigilancia Nacional, es así, como en el año 2014 el INS comenzó la caracterización como UPGD de los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional para cumplir las funciones establecidas en el Decreto 3518 del 2006.

Los Eventos de Interés en Salud Pública-EISP son patologías considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que, además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

La notificación es una responsabilidad obligatoria, a cargo de los prestadores de servicios de salud intramurales, cuyo seguimiento al cumplimiento de dicha actividad está a cargo del responsable de Tratamiento y Desarrollo del INPEC, en el ERON.

b. Eventos de interés en salud pública –EISP

Todos los Eventos de Interés en Salud Pública –EISP, se deben manejar conforme a las políticas públicas emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a los Protocolos para Atención y Tratamiento de Eventos de Interés en Salud Pública –EISP, y al procedimiento de manejo de EISP en establecimientos penitenciarios y carcelarios, el cual es un anexo del presente manual.

Los principales eventos de interés en salud pública descritos por INS en los lineamientos 2019 y 2020 son los siguientes:

- IRAG Agudo
- Varicela
- Parotiditis
- VIH/Sida
- Tuberculosis
- Tuberculosis sensible y farmacorresistente
- Intentos de suicidio
- Meningitis bacteriana
- Lepra
- Hepatitis B
- Sífilis gestacional y congénita
- Dengue
- Leptospirosis
- Malaria
- Chikunguña
- Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA
- Violencia de Género e intrafamiliar
- IRAG inusitado
- Fiebre amarilla
- Leishmaniasis

- Enfermedad de Chagas
- Accidente ofídico
- EASI grave
- Enfermedad del Virus del Chagas
- Vigilancia integrada de la rabia humana
- Parálisis flácida Aguda
- Hepatitis a
- Fiebre tifoidea y paratifoidea
- Tosferina
- Tracoma
- Enfermedades huérfanas
- Cáncer de mama y cuello uterino
- Bajo peso al nacer
- Rubeola
- Infecciones de transmisión sexual
- Morbilidad Materna Extrema
- Morbilidad por EDA
- Lesiones de causa externa
- Mortalidad materna

La notificación de eventos de interés en salud pública en ERON se realiza teniendo como criterio:

- El prestador de Servicios de Salud Intramural debe realizar las acciones para detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos, asegurando las acciones e intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia.
- Debe realizar el diligenciamiento de las fichas de Notificación que correspondan según el evento captado.
- Realizar la notificación inmediata o semanal según corresponda, de acuerdo al evento, en el SIVIGILA
- Remitir a través de correo electrónico a la Entidad Territorial los archivos planos con las notificaciones semanales todos los lunes antes de las 3:00pm o inmediatas cuando ocurre el evento, este correo debe ir acompañado con las fichas de notificación escaneadas.
- Debe dar cumplimiento a todas las actividades establecidas en los Lineamientos de Vigilancia de INS
- Realizar Búsquedas Activas Institucionales a partir de los RIPS con la herramienta de SIANIESP complementaria de SIVIGILA.
- Asistir a COVE convocados por las Entidades Territoriales.
- Participación en las Unidades de Análisis convocadas por la Entidad Territorial.
- Acompañar las asistencias técnicas y auditorías de seguimiento programadas por la Entidad Territorial.
- Permanecer actualizados en los lineamientos y herramientas del sistema SIVIGILA.

c. Manejo de Brotes

En el año 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social con el trabajo articulado entre el Instituto Nacional de Salud, INPEC y USPEC actualiza el documento de manejo de brotes en población privada de la libertad, en dos momentos, a partir de actividades individuales y colectivas.

– Acciones Individuales

- La detección de un caso es realizada por el médico y los hallazgos clínicos o de laboratorio del paciente, durante el examen rutinario, consulta de urgencias o examen médico de ingreso.

- Una vez se confirma la presencia de un Evento de Interés en Salud Pública – EISP el personal médico debe diligenciar la Ficha de Notificación de SIVIGILA que corresponde según el Evento.
- El responsable de notificar al SIVIGILA lo debe realizar de forma inmediata (no hay necesidad de esperar al lunes para realizar la notificación) y comunicarse inmediatamente vía telefónica con la secretaría de Salud encargada de su jurisdicción para que realice la visita epidemiológica de campo en un lapso de 24 horas desde que se detectó el caso.
- Aislar al paciente con diagnóstico de la enfermedad, se debe evitar el contacto con otras personas, restringir el acceso a zonas comunes a las que puedan ingresar otros internos sanos, realizar valoración diaria y dejar registro de ello en los formatos de evolución y en la historia clínica del paciente
- Implementar las recomendaciones entregadas en los informes, mesas de trabajo, actas realizadas y otros documentos entregados por la Secretaría de Salud de su jurisdicción (solicite copia de los informes y otros soportes).
- Comunicar la existencia del brote o la alerta que se está presentando en el ERON**,** de forma inmediata a los correos de las respectivas regionales.
- Solicitar a la Entidad Territorial que realice visita de 48 Horas y Visita de cierre de brote según los periodos de incubación de cada evento y remitir todos los informes

– **Acciones Colectivas**

- Uso de Tapabocas para los contactos estrechos, estos contactos incluyen las personas de la celda, el pasillo, alojamiento y patio, personal del cuerpo de custodia y vigilancia y funcionarios administrativos que comparten más de 6 horas al día con el caso confirmado.
- Lavado de manos, según el proceso estandarizado por el Ministerio de Salud y Protección Social
- Realizar búsquedas activas de nuevos casos en el patio donde se encontraba el caso que comenzó el brote y dejar registro fotográfico (de ser posible) y en acta de la ejecución de la actividad con una periodicidad diaria por el tiempo que dure la contingencia.
- Realizar búsquedas activas de nuevos casos en el patio donde se encontraba el caso que comenzó el brote y dejar registro fotográfico (de ser posible) y en acta de la ejecución de la actividad con una periodicidad diaria por el tiempo que dure la contingencia.
- Restringir totalmente el contacto con gestantes, menores de 5 años, adultos mayores de 60 años, personas con cáncer, VIH, leucemia, falla renal y enfermedades con inmuno-compromiso, en el patio donde se encuentra el brote activo.
- Suministrar información a todos los contactos de los casos sobre el Evento de Interés en Salud Pública, y la importancia de la consulta en caso de presentar síntomas compatibles, además realizar actividades con enfoque de IEC (información, educación y comunicación) acerca de la Historia Natural de la Enfermedad y orientar la consulta oportuna a los servicios médicos.
- Las acciones de laboratorio necesarias para confirmar o descartar un brote, deben ser coordinadas y orientadas por la Secretaría de Salud que realiza la investigación epidemiológica de campo, en este caso se recomienda informar al laboratorio contratado acerca de la situación que se está presentando y la importancia de obtener los resultados a tiempo.

d. Medidas sanitarias

Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

– **Medidas generales de prevención**

- Lavado de manos
- Distanciamiento físico
- Uso de elementos de protección personal – EPP
- Prácticas de higiene saludables
- capacidad instalada y acceso a servicios básicos
- vigilancia de la salud de cuerpo de custodia y vigilancia, trabajadores administrativos y personal de salud.
- limpieza y desinfección

– **Proceso para detección y control de casos**

- Búsqueda activa, detectar casos o datos que no fueron notificados a través de la vigilancia rutinaria
- Búsqueda activa institucional-BAI -Búsquedas de casos a partir de la revisión sistemática de registros de consulta externa, urgencias, y laboratorios clínicos
- Búsqueda activa comunitaria-BAC -Búsquedas activas realizadas en patios
- Vigilancia comunitaria- A partir de los casos y riesgos detectados por las comunidades

– **Medidas para control de casos**

- **El aislamiento sanitario** es una medida de control en el manejo de brotes. Cuando detecte un evento que cumpla con la definición de caso sospechoso probable y confirmado y se trate de un evento transmisible, el establecimiento de reclusión junto con el prestador de servicios de salud y la entidad territorial deberá tomar medidas iniciales para reducir el riesgo mediante el aislamiento del caso o casos identificados para evitar su propagación.

  El aislamiento se define como la separación de las personas enfermas que puedan transmitir la enfermedad a la población restante o susceptible; una detección temprana de los primeros casos, así como su diagnóstico y tratamiento oportuno permitirá cortar rápidamente la cadena de transmisión. Con relación a la construcción, mantenimiento y dotación de las áreas de aislamiento en los establecimientos de reclusión, están bajo la responsabilidad de la USPEC. Los establecimientos deben realizar el requerimiento de necesidades de estas áreas a la Dirección de Gestión Corporativa y a la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC, a fin de gestionarlas ante el competente.

- **Las medidas de bioseguridad** implementadas en las áreas, de aislamiento, se cumple con los estipulado en la resolución 843 de 2020 y se describen a continuación.

- **La cuarentena** es para las personas que se han expuesto a una enfermedad contagiosa pero que no están enfermas; la cuarentena separa a las personas que estuvieron en contacto con una persona enferma de las demás que no están enfermas.

- **El distanciamiento social** comprende medidas que tienen como fin reducir la interacción entre personas y el riesgo de transmisión; el distanciamiento social se puede lograr utilizando diferentes mecanismos como medidas de distanciamiento aplicadas a grupos específicos como, la cancelación de visitas cierre de patios o acceso restringido a un área específica.

f. Vacunación

Son productos biológicos que activan el organismo para que desarrolle defensas específicas contra diversas enfermedades infecciosas. Las vacunas enseñan al sistema inmunológico a defenderse.

Las enfermedades infecciosas que puede padecer una persona que no sigue el programa de vacunaciones de su comunidad son: hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubeola, parotiditis (paperas), papilomavirus (virus causante de cáncer de cuello de útero, vagina y vulva en mujeres, cáncer de zona orofaríngea y anal en ambos sexos), sepsis/meningitis por Haemophilus influenzae tipo b y meningococo C.

– **Razones por las cuales se debe hacer la vacunación**

- Muchas enfermedades casi han desaparecido.
- Muchas de las enfermedades contra las que se vacuna, son todavía frecuentes. “Con las vacunas, se evita que nuevas personas puedan introducir de nuevo la enfermedad. Y al mismo tiempo, o a aquellas que sean trasladadas por algún motivo no se contagien en estas nuevas zonas y, lógicamente, no pueden transmitirlas a su vuelta”.
- Si todas las personas dejaran de vacunarse, estarían indefensas frente a estas enfermedades, pudiendo aparecer brotes o epidemias con cientos o miles de casos. “Cuando una persona se vacuna se está protegiendo a sí misma y también a aquellas personas que no pueden ser vacunadas; debido a alergias, inmunodeficiencias o enfermedades graves.

Si todas las personas se vacunan, se crea una barrera de personas inmunes que impiden la circulación del agente infeccioso”. Eso es lo que se conoce como **inmunidad de grupo**, en la que están protegidos los vacunados y, hasta cierto punto, también los no vacunados. “Esto es a condición de que se tengan ciertas coberturas”. “En el caso del sarampión, gravemente contagioso, se deben conservan una cobertura de más del 95% para que exista inmunidad de grupo, porque ese pequeño porcentaje de personas no vacunadas estarían protegidas”.

Teniendo en cuenta el impacto epidemiológico en la población privada de la libertad y la facilidad de contagio por la presencia de aerosoles se considera adecuado proteger a la población descrita de las patologías inmunoprevenibles más infectocontagiosas por lo cual en el orden de prioridad en el modelo de salud se establece : triple viral, varicela, hepatitis b, influenza considerando como etapa inicial y posterior a este trabajo incluir esquemas adicionales de acuerdo a la situación epidemiológica presente y la intervención a grupos poblaciones de riesgo categorizados en los diferentes centros de reclusión.

– **Vacuna triple viral**

La triple viral, o la vacuna del sarampión, paperas y rubéola, protegen contra los tres virus. La CDC y otras organizaciones recomiendan a toda la población recibir dos dosis en la infancia. Los adultos deben asegurarse que sus vacunas estén completas.

Múltiples organizaciones han declarado a la triple viral como una vacuna segura, con pocos o leves efectos secundarios. Los problemas graves, como las reacciones alérgicas, son sumamente infrecuentes. Las posibles reacciones leves a moderadas incluyen sarpullido, fiebre, inflamación de las mejillas, convulsiones febriles y dolor articular leve.

La aplicación de esta vacuna es altamente recomendada ya que el sarampión, las paperas y la rubéola son enfermedades infecciosas que se tramiten por el estornudo o la tos, altamente contagiosas y pueden provocar

enfermedades graves. Más del 95 % de la población que reciben la triple vírica estarán protegidos de las tres enfermedades para toda la vida.

– **Población que debe recibir la vacuna de la triple viral**

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), recomienda a todas las personas saludables recibir la vacuna triple viral. Pero algunos grupos con un mayor riesgo de infección son:

- Alumnos en centros de enseñanza superior.
- Todos los adultos sin evidencia de inmunidad.
- Viajeros internacionales, especialmente si viajan a una región con infección activa.
- Profesionales de la salud.
- Personas con VIH o que viven o trabajan con inmunocomprometidos.
- Población privada de la libertad

– **Vacuna para la hepatitis B**

La vacuna para la hepatitis B es la mejor forma de protegerse contra el virus. Las vacunas inyectadas dan una vida de protección si los refuerzos se realizan.

La hepatitis B es una infección del hígado con síntomas potencialmente severos, que se contraer por fluidos corporales como la sangre y el semen. Si se vuelve crónico puede llevar a una vida de malestares. Las dos formas más comunes de hepatitis B son:

- **Hepatitis B aguda** Una enfermedad corta que puede ocurrir seis meses después de la exposición. Puede llevar a una infección crónica.
- **Hepatitis B crónica** Una enfermedad a largo plazo que afecta el hígado. Aproximadamente 250 millones de personas en el mundo tienen esta infección crónica.

– **Población que debe recibir la vacuna contra la hepatitis B**

La vacuna contra la hepatitis B es recomendada para todas las personas, pero algunos grupos tienen más riesgos que otros. Algunos de estos grupos son:

- Hombres que tienen sexo con otros hombres.
- Personas que se inyectan drogas o que comparten agujas.
- Personas que viven con una persona contagiada del tipo hepatitis B crónico.
- Pacientes de hemodiálisis.
- Personas que viajan a regiones con gran transmisión de hepatitis B.
- población privada de la libertad

– **Vacuna para la varicela**

La varicela es una enfermedad común de la infancia causada por un virus que se transmite fácilmente de persona a persona. Por lo general, causa 250-500 ampollas que pican, fiebre y fatiga y suele durar de 4 a 5 días. Cualquier persona que no ha tenido varicela puede estar en riesgo. La enfermedad es más severa en personas de edad avanzada que no se vacunaron cuando eran niños, y los adultos tienen de 5 a 10 veces más probabilidades que los

niños de tener complicaciones. La vacunación puede ser apropiada para los adultos y niños mayores de 12 meses de edad que no han tenido varicela.

- **Vacuna para la influenza**

La vacuna puede prevenirla la enfermedad de la influenza relacionada grave. Pero no va a prevenir enfermedades "similares a la influenza" causadas por otros virus.

La influenza (gripe) es una enfermedad contagiosa. La gripe es causada por el virus de la influenza, que se transmite de personas infectadas a la nariz o la garganta de otros. Cualquier persona puede contraer influenza, pero los índices de infección son mayores entre los niños y en personas con factores de riesgo. El CDC recomienda que todas las personas de edad ≥ 6 meses reciban la vacuna anual contra la gripe.

La influenza puede llevar a la neumonía y puede ser peligrosa para las personas con condiciones cardiacas o respiratorias. Puede causar fiebre alta y convulsiones en los niños. En promedio, 226,000 personas son hospitalizadas cada año debido a la gripe y 36.000, en su mayoría ancianos, mueren a causa de la gripe.

Los virus de influenza cambian constantemente. Debido a este cambio viral, vacunas contra la influenza se actualizan todos los años, y se recomienda una vacunación anual. La protección dura hasta un año. Se tarda hasta 2 semanas para desarrollar protección después de la vacunación. La vacuna contra la influenza más completa es la trivalente y cuadrivalente, pues ofrece protección contra tres y cuatro cepas del virus de la influenza tipo B, dos y dos cepas de tipo A, y pueden ofrecer una mayor protección contra los virus de la influenza.

- **Población que debe recibir la vacuna contra la influenza**

En general, se recomienda la vacuna contra la influenza para:

- Cualquier persona que quiera reducir la probabilidad de enfermarse de influenza o propagar la influenza a otras personas.
- Cualquier persona que está en riesgo de complicaciones de la influenza o más propensos a requerir atención médica.
- Cualquier persona que vive con o cuida a las personas en alto riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la influenza.
- Las personas que prestan servicios comunitarios esenciales.
- Las personas que viven en dormitorios o en otras condiciones de hacinamiento, para evitar brotes.
- Las personas con alto riesgo de complicaciones de la gripe que viajan al hemisferio sur entre abril y septiembre a los trópicos o en grupos turísticos organizados en cualquier momento.
- Población privada de la libertad

Es recomendable recibir la vacuna contra la influenza en octubre, noviembre y diciembre en regiones del norte y marzo abril y mayo en regiones del sur. La mayoría de las personas necesitan una dosis de la vacuna contra la influenza cada año. Los niños menores de 9 años de edad de vacunarse contra la influenza por primera vez deben recibir 2 dosis.

9.3.6. Línea de gestión de la salud pública

Conjunto de acciones que, sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo.

Se define como un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, orientado a que las políticas de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del sistema de salud

a. Acciones de la Entidad Territorial

Ante la presencia de un evento de interés en salud pública reportado por el prestador de salud, el ERON alertará inmediatamente a la secretaría de salud municipal, distrital o departamental, para que se inicien las acciones pertinentes de contención y prevención

b. Reporte de la Información

El INPEC opera como Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), pero corresponde al prestador de servicios intramural gestionar el reporte de la información como evento de interés en salud pública, toda vez que el reporte de este evento requiere acceso a información clínica confidencial. El reporte deberá realizarse en la respectiva ficha de notificación obligatoria y en los mecanismos dispuestos por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

c. Articulación Entidad Territorial / ERON y prestadores de servicios de salud intramural

Se deben establecer las rutas y canales de comunicación con las entidades territoriales que permitan la implementación de acciones enmarcadas en el plan de intervenciones colectivas, como parte de la coordinación intersectorial que lidera la autoridad sanitaria.

Entre las acciones intersectoriales deben adelantarse la vigilancia en salud pública, las visitas epidemiológicas de campo, la búsqueda activa comunitaria de sintomáticos respiratorios, las actividades bajo la estrategia de información educación y comunicación-IEC, la articulación para la salida de la PPL desde centros transitorios de reclusión hacia establecimientos de reclusión, la articulación para la excarcelación de PPL de los establecimientos de reclusión, entre otros.

d. COVE

Ante la presencia de un evento de interés en salud pública reportado por el prestador de salud, el ERON debe convocar a la Secretaría de Salud Municipal, Distrital o Departamental, para que se inicien las acciones pertinentes de contención y prevención; dentro de este proceso la Secretaría de Salud Municipal, Distrital o Departamental realizará activamente los COVE (comités de vigilancia epidemiológica), para conocer y analizar la situación epidemiológica del ERON en la localidad o del municipio; el prestador de servicios de salud, deberá participar activamente del COVE local.

e. Unidad de Análisis

Es una metodología utilizada para la caracterización de las condiciones en las cuales ocurrió la defunción, con el fin de plantear acciones de mejoramiento que permitan prevenir la mortalidad relacionada con eventos de interés en salud pública. El INS la define como un proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición.

Tanto el prestador de servicios de salud como el ERON deben participar de las Unidades de Análisis en tanto sean requeridas por la autoridad sanitaria territorial, y dar cumplimiento al levantamiento de acciones o planes de mejoramiento, acatando las disposiciones y plazos determinados por las secretarías de salud municipales, distritales o departamentales.

9.4. DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA

Tomando como base el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se definen a continuación las competencias de cada Entidad responsable a partir de la normatividad legal vigente que lo sustenta, a fin de establecer puntos estrictos de articulación entre cada entidad, para la implementación de actividades por cada dimensión.

Los actores en salud que desarrollan actividades en el sistema Penitenciario y Carcelario son: INPEC; USPEC; ENTES TERRITORIALES; PRESTADORES / OPERADORES / OTROS.

Las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, son:

a. Primera dimensión: salud ambiental

Esta dimensión se define como el conjunto de políticas, planificadas y desarrolladas de manera transitoria, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

En los establecimientos, el director y los prestadores de salud de la UAP, son los responsables del manejo de residuos hospitalarios y similares, basándose por los principios básicos de bioseguridad, gestión integral, minimización en la generación, cultura de la no basura, precaución y prevención, determinados en el decreto 780 de 2016, la resolución 1164 de 2002 y demás normas vigentes. Se deberá construir el “Manual para la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades-PGIRASA”, que permitirá identificar, evaluar y controlar los aspectos derivados de las actividades durante la prestación de los servicios de salud a la PPL y sus implicaciones sanitarias y ambientales.

Los elementos transversales que dan soporte al PGIRASA, como las estructuras de gestión, diagnóstico ambiental, subprograma de formación y educación, están a cargo del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS, el cual el cual está conformado en cada establecimiento de reclusión por el Señor Director, el encargado de sanidad del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, el coordinador del prestador de servicios de salud (persona natural, IPS, EPS), el responsable del manejo de los residuos, limpieza y desinfección en las áreas de sanidad y la persona responsable del PIGA. En el marco de las funciones establecidas, cada ERON, debe caracterizar los residuos generados en el área de sanidad con su respectiva clasificación y de esta manera

establecer métodos de gestión con bajo impacto para el medio ambiente, que será verificado con una periodicidad mensual. Para la elaboración del diagnóstico ambiental, se basarán en:

- Caracterización cualitativa de los residuos generados.
- Identificación y distribución de recipientes recolectores de acuerdo a la clasificación del residuo generado.
- Elaboración de los diagramas, indicadores de las rutas internas de recolección, según el tipo de residuo hasta el depósito final de los mismos.

La gestión integral de residuos, está enfocada a lograr la minimización y la adecuada segregación de los mismos, de tal forma que permita el aprovechamiento de los residuos cuando sea técnica ambiental y sanitariamente viable y a la reducción de costos en el tratamiento de los residuos peligrosos. En consecuencia, frente al cumplimiento de la normatividad vigente, el grupo GAGAS de cada ERON, es el responsable de implementar el componente interno para realizar el diagnóstico ambiental y sanitario del manejo de los residuos hospitalarios y similares, toda vez que estas actividades son propias del establecimiento, y la información se basa en el quehacer diario de cada UAP quienes a su vez son los generadores de los residuos durante la atención en salud.

Dicho grupo debe realizar seguimiento de los procesos establecidos en el PGIRASA, con el fin de evaluar su cumplimiento; adicionalmente, se debe realizar supervisión e interventoría a la empresa contratada para la gestión externa, esta última por parte de la USPEC.

b. Segunda dimensión: vida saludable y condiciones no trasmisibles

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

c. Tercera dimensión: convivencia social y salud mental

Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.

d. Cuarta dimensión: seguridad alimentaria y nutricional

Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

e. Quinta dimensión: sexualidad, derechos humanos sexuales y reproductivos

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

f. Sexta dimensión: vida saludable y enfermedades trasmisibles

Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.

En el cuadro anexo de Excel adjunto a este manual, se enumeran las responsabilidades de cada una de las instituciones que intervienen en la salud pública penitenciaria, frente a cada dimensión.

RESUMEN DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Numerales	Descripción de la modificación
NA	NA	Se modifican todos los numerales	Se unifican los manuales: M4-S2-MA-02 Manual Técnico Administrativo para la Atención e Intervención en Salud Pública a la Población Privada de la Libertad a Cargo del INPEC (Versión 01); M4-S2-MA-03 Manual Técnico Administrativo para la Prestación del Servicio de Salud a la Población Privada de la Libertad a Cargo del INPEC (Versión 01); Y, M4-S2-MA-04 Manual Técnico Administrativo del Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad en Salud Penitenciaria (Versión 01). Se actualizan los procesos que han sido modificados en la normatividad, y se incluyen aclaraciones en todo el documento.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD		
Elaboró / Actualizó:	**Revisó:**	**Aprobó:**
Nombre: Néstor Enrique Rueda Noriega	Nombre: Rubén Darío Barros Romero	Nombre: Andrés Ernesto Díaz Hernández
Cargo: Médico contratista Grupo de Salud	Cargo: Subdirector de Suministro de Servicios	Cargo: Director General
Dependencia: Subdirección de Suministro de Servicios / Dirección de Logística	Dependencia: Subdirección de Suministro de Servicios / Dirección de Logística	Dependencia: Dirección General
Nombre: Javier Enrique Rojas Hurtado	Nombre: Andrea del Pilar Gil Jiménez	Nombre: BG Norberto Mujica Jaime
Cargo: Coordinador Grupo de Salud	Cargo: Directora de Logística	Cargo: Director General INPEC
Dependencia: Subdirección de Suministro de Servicios / Dirección de Logística	Dependencia: Dirección de Logística	Dependencia: Dirección General INPEC

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD		
Elaboró / Actualizó:	**Revisó:**	**Aprobó:**
Nombre: Diana Paola Miranda Roa	Nombre: Roselín Martínez Rosales	
Cargo: Odontóloga contratista Grupo de Salud	Cargo: Directora de Atención y Tratamiento INPEC	
Dependencia: Subdirección de Suministro de Servicios / Dirección de Logística	Dependencia: Dirección de Atención y Tratamiento INPEC	
Nombre: Ayda Lucía Rosero Reyes		
Cargo: Enfermera contratista Grupo de Salud		
Dependencia: Subdirección de Suministro de Servicios / Dirección de Logística		
Nombre: Martha Isabel Gómez Mahecha		
Cargo: Subdirectora de Atención en Salud INPEC		
Dependencia: Dirección de Atención y Tratamiento INPEC		
Nombre: John Jairo Gutiérrez		
Cargo: Coordinador de Aseguramiento INPEC		
Dependencia: Subdirección de Atención en Salud / Dirección de Atención y Tratamiento INPEC		
Nombre: Jacqueline Quintero		
Cargo: Coordinadora de Servicios de Salud INPEC		
Dependencia: Subdirección de Atención en Salud / Dirección de Atención y Tratamiento INPEC		
Nombre: Nancy Adiela Euscátegui		
Cargo: Coordinadora de Salud Pública INPEC		
Dependencia: Subdirección de Atención en Salud / Dirección de Atención y Tratamiento INPEC		

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD		
Elaboró / Actualizó:	**Revisó:**	**Aprobó:**
Nombre: Paraskevi Guntaras		
Cargo: Profesional Especializado INPEC		
Dependencia: Subdirección de Atención en Salud / Dirección de Atención y Tratamiento INPEC		