

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”
Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención de ADULTOS en el INGRESO al Sistema Penitenciario



PROGRAMA DE
JUSTICIA E INCLUSIÓN



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención de ADULTOS en el INGRESO al Sistema Penitenciario



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. Protocolo de atención de adultos en el ingreso al sistema penitenciario. Montevideo: OPP, 2016. **30 p.**

1- Prestación Integrada de Atención de Salud. 2. Prisiones-tendencias. 3. Adulto.
4. Registros Médicos. 5. Protocolos. 6. Uruguay

ISBN: 978-9974-8561-3-4

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530
Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y
BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.800 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)

COORDINACIÓN DEL PROYECTO PPL - OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

GRUPO DE TRABAJO

Dr. Ricardo Sosa. SAI – PPL ASSE

Lic. Sandra Vergara. SAI – PPL ASSE

Dr. Leonardo da Silva. DNSP

Lic. Jose Luis Priore. MSP

Psic. Luis González. SND.

Dr. Hugo Rodríguez. UDELAR.

Dra. Cecilia Coitinho. UDELAR

Soc. Gustavo Belarra. INR

Dr. Juan Miguel Petit. Comisionado Parlamentario sobre el sistema penitenciario, ex Asesor Oficina de la Coordinadora Residente de NNUU

Lic. Yanina Montemóño, INR

Dra. Verónica Acuña. Poder Judicial

Dr. Wilson Benia. OPS/OMS

REVISORES

Dra. Silvia Melgar. ASSE

Dr. Miguel Fernández Galeano. OPS/OMS

Dr. Jorge Banquero. DNSP

Fecha de elaboración: 15 de julio de 2015

Fecha de revisión: 28 de abril de 2016

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.



Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"



CONTENIDO

1.	ABREVIATURAS.....	6
2.	INTRODUCCIÓN.....	7
	2.1. Marco conceptual	7
3.	GLOSARIO.....	8
4.	JUSTIFICACIÓN	9
5.	ALCANCE	10
	5.1. Ámbito de Aplicación.	10
	5.2. Población Destinataria	11
6.	DEFINICIÓN	11
7.	OBJETIVOS.....	12
	7.1. Objetivo General	12
	7.2. Objetivos Específicos.....	12
8.	PROCEDIMIENTOS.....	13
	8.1. Actividades a desarrollar	13
	8.2. Personal interviniente.	20
9.	EVALUACIÓN	20
10.	LISTA DE DISTRIBUCIÓN	21
11.	NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS	22
12.	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	22
13.	ANEXOS.	24
	Anexo 1. Responsabilidad del médico de los centros penitenciarios de reportar los abusos a los derechos humanos.....	24
	Anexo 2. Formulario de determinación de riesgo de suicidio.	28
	Anexo 3. Formulario de derivación.....	29
	Anexo 4. Solicitud de Test VIH (Adulto)	30

1. ABREVIATURAS

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

DNSP: Dirección Nacional de Sanidad Policial

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

HC: Historia Clínica

IAE: Intento de autoeliminación.

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PPL: Personas Privadas de Libertad

SAI PPL: Sistema de Atención Integral de las PPL de ASSE

SIRPA: Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente

UDELAR: Universidad de la República

UIPPL: Unidad de Internación de Personas Privadas de Libertad

UIDDZM: Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de zona metropolitana.

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana

2. INTRODUCCIÓN

El protocolo se entiende como el documento que traduce el acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación. Es un documento dinámico que necesita ser revisado periódicamente, y que debe incorporar el mejor conocimiento sistematizado y disponible en la materia.

En este caso, se trata de sistematizar las acciones de salud a aplicar a personas privadas de libertad a su ingreso al sistema penitenciario

Sus propósitos principales son brindar a los usuarios de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a tomar decisiones en momentos de incertidumbre, contribuyan a normalizar la práctica disminuyendo la variabilidad de las intervenciones, y sean fuente de información facilitando el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

2.1. Marco conceptual

Para asegurar una gestión humanizada de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacionales respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de las PPL y que el tratamiento dispensado a ellos esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social. Entre otros muchos documentos internacionales y regionales, cabe destacar las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las PPL; el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión; las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing); la detallada relación de principios y directrices contenidos en las Reglas Mínimas (RM) de Tokio de 1990 (ONU, 1990), Bangkok en el año 2011 (UNODC, 2011), y los procedimientos expresamente establecidos para la aplicación efectiva de las mismas. Asimismo deben considerarse las Reglas para la protección de los menores privados de libertad y el Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, entre otros.

Una vez que una persona es detenida, corresponde a las autoridades penitenciarias en general, y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud. La persona privada de libertad sigue siendo titular de derechos y la pena de prisión no debe ser agravada con penas adicionales. De esta forma se

consagra el precepto emanado de los estándares internacionales en materia de derechos humanos, que establece que la atención sanitaria de las PPL debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las buenas prácticas sanitarias en las unidades de privación de libertad y se fundamenta en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de las personas privadas de libertad. Por otra parte, debemos tener presente que la inmensa mayoría de las PPL se reintegran a la vida en comunidad, por consiguiente cualquier enfermedad contraída en prisión o deterioro del estado de salud por las condiciones del encierro, cobran especial relevancia en el momento de la liberación. Esto refuerza la crucial relación entre la salud penitenciaria y la salud pública. Mejorar la situación sanitaria de las PPL y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundan no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto.

3. GLOSARIO

Consentimiento informado.

“Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.”¹

Además “todo procedimiento de atención deberá asegurar previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos” ²

1. (Art 11 de la ley 18335)

2. (Art 17 del Decreto 274/2010)

4. JUSTIFICACIÓN

Latinoamérica, de acuerdo al International Centre for Prison Studies, cuenta con una tasa media de prisionización de 224 presos por cada 100.000 habitantes. (Morales, 2013) Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde se exhiben cifras de entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes. Uruguay presenta una tasa de prisionización próxima a 300 personas privadas de libertad cada 100.000 habitantes. Ya en 2008 era de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubicaba en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008), El Salvador y Panamá. (Villagra, 2008)

La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay asciende a unas 10.100 personas. La mayor proporción de adultos está bajo la responsabilidad del INR y los adolescentes en la órbita del SIRPA. La cobertura sanitaria se distribuye entre ASSE y DNSP en adultos y el Programa de Medidas Curativas del SIRPA en menores. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Población de PPL según institución responsable de la atención de salud en las Unidades de Internación

Institución responsable de la atención sanitaria	Población
INISA	531
INR con cobertura asistencial de ASSE	5410
INR y cobertura asistencial de DNSP	4218
Total	10159

Nota: datos a diciembre 2014

La población privada de libertad adulta, muy joven promedialmente (el 69,5 % son menores de 35 años) (UDELAR, 2010) y proveniente de los sectores sociales más desprotegidos, exige enormes desafíos para abordar en forma creativa, específica y con sustento científico, las estrategias para una mejor atención a la salud integral. Los centros de privación de libertad pueden ser reservorios que podrían amplificar la transmisión de las enfermedades para las PPL que contraen enfermedades cuando entran a sistema y luego son liberados.

El diseño de protocolos de atención en salud que tiendan a homogeneizar las intervenciones en las distintas instituciones, pueden contribuir fuertemente a la mejora de la calidad de la atención. Sobre todo si incluyen en las estrategias de intervención, la formación en salud y prevención de enfermedades recurrentes en

estos ámbitos, orientada a las personas privadas de libertad, para una llegada más eficaz en los mensajes de salud entre pares.

En particular, vale señalar la contribución a la función rehabilitadora que puede y debe tener el cuidado de la salud, desde un diagnóstico adecuado integral al ingreso del sistema penitenciario, hasta la continuidad de los controles en salud y la asistencia a los quebrantos de salud. Explicitar ante una persona privada de libertad, una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema penitenciario, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a la necesaria autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo.

5. ALCANCE

El presente protocolo tiene como finalidad organizar, sistematizar y uniformizar el ingreso de los usuarios a los servicios de salud en el ámbito penitenciario.

Funciona como un organizador de las acciones de recepción, diagnóstico y derivación, favoreciendo la fluidez en el tránsito de los usuarios por el sistema y garantizando la accesibilidad de los mismos a los servicios que sean pertinentes en relación al diagnóstico realizado.

Se enmarca como una herramienta en la definición y el seguimiento del plan de tratamiento individual de cada usuario y tiene un enfoque de género y derechos humanos.

Se centra en el diagnóstico situacional que se realiza al ingreso de los usuarios al sistema penitenciario, pero tiene competencia además en el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones realizadas para cada usuario a lo largo de su estadía en el sistema.

Asimismo, tiene como cometido brindar herramientas estandarizadas para determinar la necesidad de derivación a dispositivos especializados en los casos en los que sea necesario y define los canales de comunicación formales para realizar dichas derivaciones.

5.1. *Ámbito de Aplicación.*

Profesionales a los que se dirige. El equipo técnico de la UIDDZM y todos los profesionales que integran los equipos de salud asignados a las tareas de evaluación al Ingreso al Sistema Penitenciario tanto de varones como de mujeres en Montevideo y en el interior del país.

Lugares en los que se aplicará. La aplicación del protocolo es de alcance nacional, en todas las unidades que se detallan en el Anexo 1.

5.2. Población Destinataria

Son las personas que se beneficiarán con las intervenciones definidas en el protocolo.

Criterios de inclusión

- Todas las personas adultas que ingresan al Sistema Penitenciario.

Criterios de exclusión

- Situaciones de prisión domiciliaria

6. DEFINICIÓN

El **Ingreso al sistema penitenciario** puede caracterizarse como el proceso que se inicia luego de que la justicia dicta el Auto de Procesamiento, acompañado de una medida privativa de libertad, e incluye el fichaje por parte de la Dirección Nacional de Policía Científica (ex Policía Técnica), análisis primario de requisitos formales (contar con la documentación dispuesta legalmente para ingreso al Sistema Penitenciario), y armado de los recaudos (paquete documentación legal) que se remiten a la Unidad que finalmente alojará a la persona recientemente procesada.

El equipo multidisciplinario de la Unidad de Ingreso realiza evaluaciones diagnósticas donde se abordan aspectos psicológicos, jurídicos, sociales, sanitarios y de seguridad. En estas primeras entrevistas surge una clasificación según el perfil criminológico, grado de compromiso delictivo y todos los factores de la persona, dando como resultado la medida de seguridad recomendada de acuerdo a las etapas del régimen progresivo de privación de libertad establecido en la normativa vigente³

No se considera ingreso el traslado entre las distintas UIPPL.

3. (Decreto Ley 14.470 y normas complementarias).

7. Objetivos

7.1. Objetivo General

Asegurar que las personas con privación de libertad tengan en el momento de ingreso a los establecimientos penitenciarios, un abordaje con criterios comunes y calidad homogénea, por parte de los equipos de salud encargados de ser el primer contacto con sistema de salud penitenciario, contribuyendo a la promoción de salud, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, y recuperación de su salud.

7.2. Objetivos Específicos

1. Definir las características de la historia clínica en formato estandarizado.
2. Determinar los procedimientos que el equipo de salud debe desarrollar al ingreso de la PPL al sistema penitenciario.
3. Identificar y realizar detección oportuna de pacientes portadores de enfermedades transmisibles relevantes en este grupo poblacional.
4. Identificar y registrar los pacientes portadores de enfermedades crónicas, asegurando la continuidad de su tratamiento, durante su estadía en el centro de diagnóstico y derivación y posteriormente en la UI definitiva.
5. Lograr cuidados seguros de las PPL de modo de contribuir a crear una cultura organizacional de seguridad sanitaria en todos los integrantes del equipo de salud que tienen contacto directo con PPL
6. Lograr la adhesión de todo el personal que participa en cualquier etapa de la atención a las PPL en el ingreso, a los protocolos de trabajo diseñados y cumplimiento de los mismos.
7. Generar insumos desde la perspectiva sanitaria para las acciones de la Junta Nacional de Traslado.

8. Procedimientos

8.1. Actividades a desarrollar

Al ingresar al Sistema Penitenciario las PPL tendrán asegurado el acceso, en la medida de lo posible, a un ámbito de higienización y a ropa limpia (baño y ropa limpia). Se les brindará por parte de los profesionales responsables de la evaluación al Ingreso, una información inicial sobre derecho a la salud y compromiso con el autocuidado. Luego se desarrollarán las siguientes actividades.

8.1.1. Constatación de lesiones.

Toda PPL que ingrese a una unidad deberá ser evaluada en lo que respecta a la constatación de lesiones mediante el reconocimiento externo visual. Debe ser realizado por un médico. Si el personal de enfermería es el primer contacto con la PPL y reconoce la presencia de lesiones, deberá describir las mismas en la HC debiendo remitir la PPL de inmediato a un médico para corroborar los hallazgos. El médico consignará en la HC los hallazgos debiendo agregar las circunstancias mediante las cuales se produjeron las lesiones (anamnesis).⁴

Cuando las lesiones sean producto de una agresión, la realización de la denuncia será decidida por la PPL. El profesional respetará la confidencialidad de la información médica a menos que mantenerla pueda dar lugar a una situación de peligro real e inminente para el interno.⁵ (ONU, 2015) Cuando amerite se realizará la denuncia a la autoridad del Centro Penitenciario quien pondrá en conocimiento al Juez. Es el juez quien indica la evaluación de la PPL por el médico forense y la **constatación de lesiones** (relación causa-efecto entre la anamnesis y las lesiones observadas).

8.1.1.1. Evaluación de lesiones

El examen se realizará bajo la modalidad de un Consentimiento Informado Verbal. Incluye todo el cuerpo, en forma integral, consignando

4. Nota: Dado que muchas veces los tiempos de evaluación del forense son diferidos, los registros de las lesiones que hace el médico de la unidad en la HC son fundamentales dado que el forense se ampara en ellos para realizar la constatación.

5. Reglas Mandela. Regla 32.

los hallazgos en forma ordenada, de arriba hacia abajo, de derecha a izquierda y de adelante hacia atrás.

Es importante la descripción de las lesiones: se debe consignar el tamaño, forma, color, la ubicación topográfica anatómica y otras características relevantes de la lesión (dirección, sentido y trayectoria); si se hace eso se podrá determinar el agente agresor, la etiología médico legal y la gravedad de las lesiones.

No se debe olvidar que generalmente el médico de la unidad penitenciaria es el primer contacto con la PPL lesionada y su informe será fundamental, dado que muchas veces el médico forense lo utilizará como el más válido debido a las demoras que se generan en las valoraciones posteriores solicitadas por el juez.

Tener en cuenta una evaluación céfalo caudal y ántero posterior para evaluar a la PPL. Considerar:

- 1) Lesiones contusas simples
- 2) Lesiones contusas complejas
- 3) Heridas
- 4) Lesiones térmicas (quemaduras):
 - Lesiones físicas (frío, calor, electricidad)
 - Lesiones químicas (ácidos, álcalis, sales)
 - Radiaciones
- 5) Fracturas (cerradas y/o abiertas)

Si el caso así lo amerita y el criterio médico lo exige, se podrán usar instrumentos adicionales o exámenes auxiliares adicionales como pruebas de laboratorio, radiografías, interconsultas a especialistas, etc., para corroborar y/o ampliar la evaluación médico legal o diagnósticos, con la finalidad de realizar la Valoración del Daño Corporal. Ampliación en Anexo 1.

8.1.2. Tamizaje básico de situación de salud.

El médico o enfermero actuante hará una valoración del estado de salud o enfermedad, médica o quirúrgica, que presentare al ingreso, iniciando su tratamiento si así fuera necesario o continuando el indicado en el resumen de historia clínica al alta, cuando viene derivado desde alguna institución médica (pública o privada).

En los casos que la PPL comunique que es diabético o venga consignado en el resumen de HC, se deberá realizar una Glucemia capilar dentro de las 2 hs. siguientes al ingreso, y en función del resultado y del tratamiento que recibe, determinar las conductas a seguir durante esta etapa (ver protocolo de ECNT, Diabetes.)

Se les debe advertir sobre las conductas a seguir frente a la aparición de síntomas de hipoglucemia y entrega personal de 2 sobres de azúcar, para eventuales situaciones de hipoglicemia. Registrar el tipo de tratamiento que el usuario recibía hasta ese momento y asegurar su mantenimiento, así como el aporte de alimentos en calidad, cantidad, frecuencia y horarios.

Una vez evaluado en esta primera instancia, a la PPL se le trasladará a la celda asignada, hasta que se proceda a realizar el chequeo médico, donde pasará en forma secuencial por los distintos procedimientos que se describirán a continuación.

8.1.3. Entrevista médica

Se realizara la historia clínica, la cual se configura como un documento que recoge aspectos de la vida de salud y enfermedad de un individuo. La HC debe de actuar de vehículo de transmisión de información entre los miembros del equipo sanitario de un centro penitenciario determinado y los equipos sanitarios de otros centros penitenciarios que puedan prestar asistencia al mismo individuo en otro lugar y tiempo.

Dicho documento se confeccionará en papel o formato digital, en formato preestablecido, donde constarán los datos filiatorios de la PPL, antecedentes patológicos, patologías presentes al momento del ingreso, tratamientos en curso, consumo de sustancias psicoactivas, episodios de IAE; en caso de que el último fuera realizado dentro de las 24 horas previo a la consulta se registrará en formulario específico para dicho evento. (Anexo 2)

8.1.3.1. Previsión del traslado de la Historia Clínica.

En caso de que la PPL transite por una unidad de ingreso con posterior traslado a una UIPPL, la HC será trasladada en sobre cerrado junto con la Carpeta Procesal (garantizando la confidencialidad).

En la Unidad de destino el personal encargado del traslado deberá entregar el sobre cerrado con la HC al servicio de salud.

No se podrá trasladar ninguna PPL sin su HC

8.1.4. Entrega de medicación.

En caso de que la PPL esté en tratamiento con fármacos (en el curso de un tratamiento agudo o por padecer una enfermedad crónica), se deberá proveer del tratamiento con la correspondiente consignación en la HC. Se deberá también garantizar la no interrupción de los tratamientos en caso de permanencia temporal en una unidad de ingreso y posterior traslado a una UIPPL definitiva.

8.1.5. Derivación a Equipo de Salud de UI PPL en el caso de pacientes con patología crónica.

Si la PPL es portadora de patología crónica o se hace diagnóstico de la misma durante el ingreso se deberán realizar las coordinaciones correspondientes para obtener copia de la HC anterior, y derivarlo a especialista de la unidad de destino o con el servicio de referencia o contrarreferencia que corresponda.

En los casos de pacientes con sospecha de Tuberculosis (o con diagnóstico en tratamiento o abandono) se procederá de acuerdo al Protocolo de Atención de Tuberculosis en el Sistema Penitenciario, procediendo a aislarlo preventivamente el tiempo necesario hasta obtención del resultado de la baciloscopia.

Todas las UIPPL deben prever un lugar de aislamiento para casos sospechosos de **Tuberculosis** al ingreso, donde permanecerá la PPL hasta tanto se obtenga el resultado de la baciloscopia. Podrá ser en la misma UIPPL o en un centro hospitalario local.

8.1.6. Previsiones de conducción. Consulta con especialistas en sector público o privado.

Si la PPL al momento del ingreso, tuviera pendientes consultas previas con distintas especialidades, ya sea para control de patologías previas, o como primeras consultas agendadas anteriormente, se hará derivación a dichos servicios de salud.

Cuando se considere necesaria una consulta con especialista, se hará la solicitud en Formulario de Derivación (Anexo 3), para que se tramite a través del servicio médico del centro penitenciario al cual sea destinado.

8.1.7. Vacunación.

Toda PPL que ingresa al Sistema Penitenciario deberá ser evaluada al respecto. El servicio de salud deberá proporcionar la vacunación a la PPL o coordinarlo de acuerdo a los requerimientos del MSP. Si puede documentar alguna vacuna se deberá ajustar al siguiente esquema:

Situación	Vacuna	Dosis	Comentarios
Nunca fue vacunado	Doble bacteriana (dT)	3 dosis. En el momento, al mes y a los 12 meses.	Repetir cada 10 años. Especial énfasis en las embarazadas.
	Triple Viral SRP	2 dosis. En el momento y a los 2 meses	Sólo hasta los 45 años de edad.
	Antigripal y antinuemocócica	1 dosis	No se debe revacunar, salvo pacientes asplénicos, con insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, inmunodeprimidos y mayores de 65 años.
	Hepatitis B	3 dosis. En el momento, al mes y a los 6 meses.	Si no recuerda las dosis o no puede acreditar la vacunación se reinicia el esquema

En el caso de las mujeres en edad reproductiva, hay que tener en cuenta la probabilidad de que esté cursando un embarazo ya que está contraindicada la vacuna Triple Viral.

En las mujeres en edad reproductiva deberá aplicarse un test rápido de embarazo o una dosificación de Beta HCG antes de vacunar con Triple viral SRP.

De no ser posible este recaudo, evitar la aplicación de esta vacuna.

8.1.8. Test rápido de VIH y de sífilis.

Previo a la realización de estas pruebas se le solicitara consentimiento informado, con consejería pre y post test, explicando el propósito y la importancia de la realización de estos estudios.

Se le debe explicar las condiciones de realización de la prueba, los beneficios de la realización, la confidencialidad y de las diferentes posibilidades del resultado y las medidas a tomar en cada caso (por ejemplo falsos positivos). Siempre se debe utilizar un lenguaje que la otra persona sea capaz de entender y siempre debe asegurarse de que así sea. En caso de VIH reactivo se informará como tal y se extraerá sangre (primera muestra) que se enviará al laboratorio de Salud Pública, debiendo adjuntar el formulario correspondiente. Anexo 4.

En caso de que se trate de un test rápido para sífilis, si el paciente no tiene antecedentes de sífilis previos, se procederá a la inyección IM profunda de Bencetacil 2:400 (primera de 4 dosis semanales) y se registrará en la HC a los efectos de completar el tratamiento correspondiente en el servicio médico de la UIPPL centro de destino.

8.1.9. Baciloscopia

Para asegurar la calidad de la baciloscopia se debe explicar a la PPL, con mucha claridad, la importancia de examinar muestras de esputo, la necesidad de recolectar esputo y no saliva, la forma de lograr una buena muestra, dónde colectarla y cómo manipularla hasta entregarla en el laboratorio

Se deberá disponer de lugar bien ventilado y que ofrezca privacidad. Puede ser una habitación bien ventilada y con acceso de luz natural (sol) o algún lugar abierto no concurrido del patio del Servicio de Salud. Son inadecuados los lugares cerrados o muy concurridos tales como laboratorios, consultorios médicos, salas de espera o baños, ya que éste es el proceso más riesgoso entre todos los necesarios para realizar la baciloscopia.

Cada servicio de salud deberá disponer de un lugar definido para poder realizar la toma de baciloscopia de forma segura, evitando poner en riesgo al personal de salud, custodia u otras PPL. (Ver procedimiento de toma de muestra de baciloscopia en el Protocolo de Tuberculosis)

8.1.10. Entrevista psicológica.

Valoración sobre consumo de sustancias.

Se propone la implementación de una instancia de observación, detección precoz y seguimiento del consumo problemático de drogas

e intervención breve, que se inicia en la entrevista médica de ingreso, donde se aplicará como parte del protocolo un Screening para detectar consumo problemático de drogas y posibilitar el seguimiento y captación por parte del sistema de tratamiento. Como técnica de screening se aplicará el “Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test” ASSIST.

Consiste en un cuestionario (en versión de papel y lápiz) dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias.

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales

como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

8.1.11. Elaboración de informe para Junta Nacional de traslados en formulario estandarizado.

Cuando sea requerido se elaborará un informe con los datos sanitarios más relevantes para la toma de decisiones de la Junta Nacional de Traslados.

8.2. Personal interviniente.

Personal médico y de enfermería.

Psicólogos

9. EVALUACIÓN

- Proporción de PPL con test VIH realizado/total de PPL ingresados.
- Proporción de PPL con VDRL realizado/total de PPL ingresados
- Proporción de PPL con baciloscopia realizada/total de PPL ingresados
- Proporción de PPL diabéticos detectados.

10. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION (INR)

Unidad N° 1 UIDDZM: UNIDAD DE INGRESO, DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN DE ZONA METROPOLITANA
UNIDADES DE RÉGIMENES DE MÁXIMA Y MEDIA SEGURIDAD:
UIPPL N° 7 “CANELONES”
UIPPL N° 8 “DOMINGO ARENA”
UIPPL N° 12 “CERRO CARANCHO” (RIVERA)
UIPPL N° 13 “LAS ROSAS”(MALDONADO)
UIPPL N° 24 “PENSE” (SORIANO)
UNIDADES DE RÉGIMENES DE MÍNIMA SEGURIDAD Y CONFIANZA:
UIPPL N° 10 “JUAN SOLER”
UIPPL N° 11 “TACUABÉ”
UIPPL N° 14 “PIEDRA DE LOS INDIOS”
UIPPL N° 15 “CONVENTOS” (CERRO LARGO)
UIPPL N° 16 “ PAYSANDÚ
UIPPL N° 17 “CAMPANERO” (LAVALLEJA)
UIPPL N° 18 DURAZNO
UIPPL N° 19 “LAS CAÑITAS” (RÍO NEGRO)
UIPPL N°20 SALTO
UIPPL N° 21 ARTIGAS
UIPPL N° 22 ROCHA
UIPPL N° 23 TREINTA Y TRES
UIPPL N° 25 FLORES
UIPPL N° 26 TACUAREMBÓ
UIPPL N° 27 “PINTADO GRANDE” (ARTIGAS)
UIPPL N° 28 “PASO ATAQUE” (RIVERA)
UIPPL N° 29 FLORIDA
Actualizado a dic 2015

11. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

N° Versión <i>Número de versión cambiada</i>	Fecha <i>Fecha de la versión anterior</i>	Cambios <i>Incluir descripción de los cambios</i>

12. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Albanez L. Estado de situación investigaciones e intervenciones en vih/sida en personas privadas de libertad. MSP. Uruguay. 2009
2. Coyle, Andrew. La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Londres. Reino Unido. 2009. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/seminario/docs/La-administracion-penitenciaria-en-el-contexto-de-los-derechos-humanos.pdf>
3. Dammer L, Zuñiga L. La Cárcel: Problemas y desafíos para las Américas. FLACSO. Chile. 2008.
4. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP. UNFPA. Montevideo 2014.
5. Morales AM, Muñoz N. La seguridad ciudadana en América Latina. Observatorio Social. Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social Número 39. Septiembre de 2013. Buenos Aires. República Argentina. En: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/11/la-seguridad-ciudadana-en-america-latina_am.pdf
6. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena Medidas Privativas Y No Privativas De La Libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. UNODC. Naciones Unidas. Nueva York, 2010. En: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf

7. Organización de las Naciones Unidas. Reglas Mínimas (RM) de Tokio (1990). Adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/110, de 14 de diciembre de 1990. ONU. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/reglasminimasnoprivativas.htm>
8. Organización de las Naciones Unidas. Reglas Mínimas (RM) de BANGKOK (2009). Adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/111, anexo. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_Spanish.pdf
9. Organización de las Naciones Unidas. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela). Sudáfrica. 2015. En: https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6_Rev1/ECN152015_L6Rev1_s_V1503588.pdf
10. Reforma Penal Internacional. Derechos Humanos y Prisioneros Vulnerables. Programa Internacional de Capacitación. Reforma Penal Internacional – Manual de Capacitación No. 1. RPI. UE. San José. Costa Rica. 2003 En: <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/man-hr1-2003-vulnerable-prisoners-es.pdf>
11. Reglas Penitenciarias Europeas. Documento de Trabajo del Consejo de Europa. Ambit Social Criminologic. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. 2012.
12. Universidad de la República. Primer Censo Nacional de Reclusos. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales UDELAR. Diciembre de 2010. En: https://www.minterior.gub.uy/images/stories/informe_censo_reclusos_dic.pdf
13. Villagra Pincheira C. Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel Debates Penitenciarios Nº 7. Área de Estudios Penitenciarios. Julio 2008. Centro de Estudios de Seguridad ciudadana. Universidad de Chile. En: http://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_07.pdf

13. ANEXOS

Anexo 1. Responsabilidad del médico de los centros penitenciarios de reportar los abusos a los Derechos humanos

Según la bibliografía internacional, en los centros penitenciarios la violencia es endémica. Efectivamente, el mismo hecho de privar a alguien de su libertad es un acto de violencia, pero casi todas las sociedades lo consideran legítimo bajo ciertas circunstancias. Sin embargo, no es extraño que la legitimidad generalmente aceptada del encarcelamiento no siempre impida por sí sola que la violencia inherente del acto establezca un tono general de violencia en las instituciones penitenciarias.

*“En los casos en que el uso de la privación de libertad (o la restricción física de pacientes mentales) no puede ser evitado, el mismo debería ser reducido al mínimo. El riesgo de suicidio debería ser evaluado constantemente tanto por el personal médico como por el de custodia. Métodos físicos para evitar lesiones auto-infligidas, la observación estrecha y constante, el diálogo y el refuerzo apropiado, deberían ser usados en momentos de crisis”.*⁶

Las mujeres trans (transexuales, transgéneros, travestis e intersex) privadas de libertad generalmente están internadas en UIPPL de hombres, lo que las expone a una amenaza de violencia constante. A pesar de su prevalencia, la violencia contra las mujeres transgénero en el sistema penitenciario a menudo pasa desapercibida y queda impune. Puede suceder que las autoridades penitenciarias consideren que la gravedad de las lesiones sufridas no es suficiente para emprender cualquier acción, y no intervienen para prevenir o castigar la violencia.

Tipos de violencia en prisión

Existen cinco tipos principales de violencia en el entorno penitenciario.

- El primero es el uso de la fuerza en el momento de detener a una persona y luego retenerla en custodia. Dentro de los límites, generalmente, esto es legal.
- El segundo, tercero y cuarto son generalmente ilegales: violencia entre interno/personal, personal/interno e interno/interno.
- El quinto es la violencia auto infligida, que en algunos países continúa siendo un crimen y en otros es visto como un problema médico/social.

En cada una de estas áreas, el profesional médico tiene un rol tanto en el tratamiento como en la prevención.

Lesiones y su constatación

Situaciones en las cuales los derechos de los internos son violados

Los siguientes ejemplos ilustran las maneras en las cuales el personal de la salud debe considerar sus obligaciones de hacer públicos los siguientes abusos que involucran a los internos. Piense cuál de estos abusos puede requerir una medida por parte del médico.

6. Comité de Ministros, Consejo de Europa, Recomendación 98.7, Párrafo 56, 57 y 58. Abril 2002.

- Violencia.
- Conducta sexual coercitiva o poco segura: el personal médico puede enterarse sobre la conducta sexual de los PPL durante las consultas médicas. Algunos actos sexuales pueden ser el resultado de la coerción o la violencia. Otros podrían ser consentidos, pero sin embargo, exponen al paciente al riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- Privación de los derechos en el contexto disciplinario: por ejemplo, el aislamiento. Los internos que son aislados como medida disciplinaria corren el posible riesgo de tener daño psicológico y también de autolesionarse.

El rol del Profesional Médico

Cada vez que se haya empleado la violencia contra un PPL, se debería presentar un informe escrito sobre el hecho y efectuar las coordinaciones para que se realice un examen médico lo más pronto posible. **Legalmente solo el médico está autorizado a constatar y documentar lesiones.**

El rol del profesional médico de realizar un examen clínico y escribir un informe es triple:

1. el médico debe **describir** cualquier lesión observada en el PPL o síntomas descritos por él.
2. el médico debe **resumir** la versión del interno sobre lo que sucedió,
3. el médico debe **evaluar** si el relato del interno es compatible con lo observado en el examen médico.

Las copias de este tipo de informe deben estar disponibles para el PPL o su representante legal, cuando la persona es un interno a la espera de su juicio, y estar disponible a la demanda de un interno condenado.

Evaluación de lesiones

El examen se realizará bajo la modalidad de un Consentimiento Informado Verbal, este será en todo el cuerpo, en forma integral, consignando los hallazgos en forma ordenada, de arriba hacia abajo, de derecha a izquierda y de adelante hacia atrás.

Es importante la descripción de las lesiones: se debe consignar el tamaño, forma, color, la ubicación topográfica anatómica y otras características relevantes de la lesión (dirección, sentido y trayectoria), si se hace eso se podrá determinar el agente agresor, la etiología médico legal y la gravedad de las lesiones.

No se debe olvidar que generalmente el médico de la unidad penitenciaria es el primer contacto con la PPL lesionada y su informe será fundamental dado que muchas veces el médico forense lo utilizará como el más válido debido a las demoras que se generan en las valoraciones posteriores solicitadas por el juez.

Tener en cuenta una evaluación céfalo caudal y ántero posterior para evaluar a la PPL

Considerar:

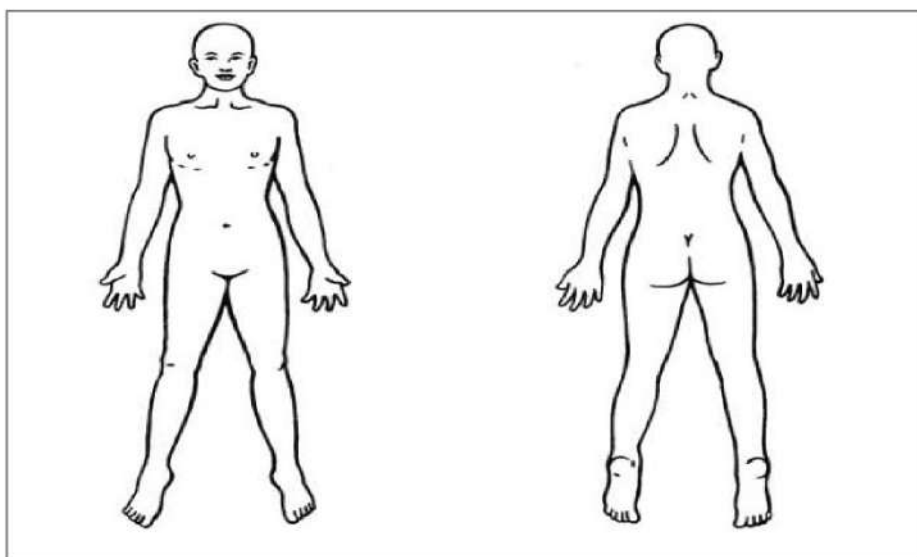
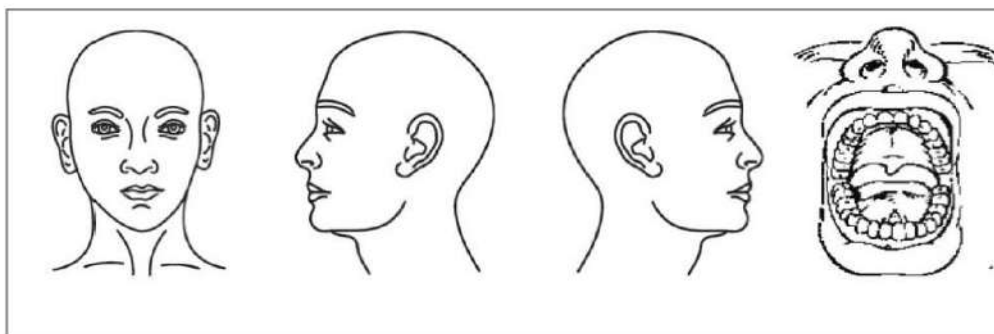
- 1) Lesiones contusas simples
- 2) Lesiones contusas complejas

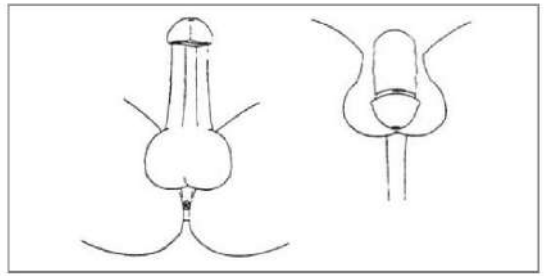
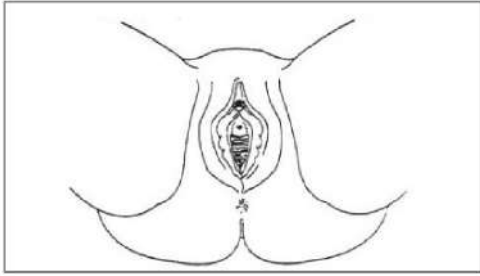
- 3) Heridas
- 4) Lesiones térmicas (quemaduras):
 - Lesiones físicas (frío, calor, electricidad)
 - Lesiones químicas (ácidos, álcalis, sales)
 - Radiaciones
- 5) Fracturas (cerradas y/o abiertas)

Si el caso así lo amerita y el criterio médico lo exige, se podrán usar instrumentos adicionales o exámenes auxiliares adicionales como pruebas de laboratorio, radiografías, interconsultas a especialistas, etc., para corroborar y/o ampliar la evaluación médico legal o diagnósticos, con la finalidad de realizar la Valoración del Daño Corporal

Queda a criterio médico la perennización de los hallazgos, mediante un registro fotográfico que podrá realizarse con cámara analógica y/o digital, bajo Luz natural o luz artificial blanca (halógena), con escala numérica y una leyenda donde se consigne el número del informe o CI del PPL Después del Examen el médico deberá consignar si las lesiones son de carácter reciente y/o antiguo, y determinar la valoración del daño corporal.

También la utilización de figuras que clarifiquen la descripción de las lesiones:







Bibliografía

- Curso para Médicos de Prisiones - Asociación Médica de Noruega. Cap. 3 y 6
- Curso de salud de prisiones para personal de ASSE y Sanidad Policial – MSP 2012
- Reglas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes.
- Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense - INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES -Versión 01, octubre de 2010 Bogotá D. C, Colombia

Anexo 2. Formulario de determinación de riesgo de suicidio.

Modelo usado en ASSE. SAI-PPL

 Administración de los Servicios de Salud del Estado	SISTEMA DE ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DETERMINACIÓN RIESGO DE SUICIDIO	 Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad
I.N.R. – UNIDAD DE INGRESO DIAGNOSTICO Y DERIVACIÓN Z.M.		
		FECHA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
NOMBRE Y APELLIDO _____		
DOCUMENTO IDENTIDAD _____ FECHA NACIMIENTO <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
		Valoracion
1	Delito motivo del ingreso :Violación/Parricidio/Homicidio/Asesinato	3
2	Depresión en el momento actual	5
3	Ideas recientes de suicidio	5
4	Ha planeado recientemente la manera como podría suicidarse	9
5	Intento de suicidio en los últimos tres meses	9
6	Intento de suicidio hace mas de tres meses	5
7	Trastorno psicótico	5
8	Conocimiento reciente del padecimiento de una enfermedad grave y en estado avanzado	3
9	Pérdida reciente de algun familiar/allegado o padecer otra situación estresante	3
		Total

SE CONSIDERA POSITIVO TODO VALOR IGUAL O MAYOR A 9

SE INCLUYE EN PROGRAMA DE PREVENCION DE SUICIDIOS (SALUD MENTAL) SI NO

OBSERVACIONES _____



Anexo 3. Formulario de derivación.

Modelo usado en ASSE. SAI-PPL

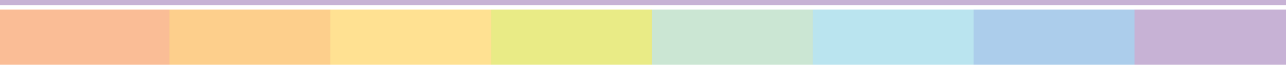
	
FECHA _____	
SOLICITUD DE PASE	
NOMBRE: _____	
CED. ID.: _____ CENTRO: _____	
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> EDAD: _____ F. DE NAC: _____	
PASE o TRASLADO A	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
DATO CLINICO	
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	
MEDICO QUE SOLICITA _____	
FIRMA _____	Nº CJPPU: _____

Anexo 4. Solicitud de Test VIH (Adulto)

Ministerio de Salud Pública - División de Epidemiología - Departamento de Vigilancia en Salud.

		Solicitud de Test VIH -(Adulto)			
Fecha de Solicitud / /		Solicitado por:		Tel.	
Servicio o Institución de Salud:				Teléfono de la Institución:	
C.I.:		Edad			
AUTOGENERADO (ver al pie)					
Fecha de nacimiento: / /		Iniciales ____ ____ ____ ____		Sexo ____	
AA / MM / DD		AP AM 1°N 2°N		M:1/ F: 2	
Departamento de residencia:			Ciudad o Localidad:		Urbana() Rural()
Trabaja: SI () NO ()		Jubilado/Pensionista ()			
<i>Los siguientes datos deben ser completado ante la confirmación del caso (por el Medico tratante o Consejería)</i>					
NIVEL DE EDUCACION DEL PACIENTE					
No tiene estudios () Primaria: Incompleta () / completa () Secundaria: Incompleto ()/completo ()					
Estudios Terciarios: Incompletos () / completos ()					
Motivación del examen (puede ser más de una):					
Iniciativa propia: () Indicación médica: () Sintomático: () Control de embarazo: ()					
Contacto con caso: () Otra ITS: () Control trabajo sexual: () Accidente laboral: ()					
Donación de sangre/organos/fluidos: ()					
Via probable de transmisión					
Sexual ()		Heterosexual ()		HSH () Bisexual ()	
Sanguíneo ()		Transfusión ()		UDI () Accidente ()	
Vertical ()					
COMPLETAR: SÓLO EN CASO DE DEBUTAR EL PACIENTE CON PATOLOGÍA, ANTES DEL DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO					
Enfermedades Oportunistas					
Tuberculosis Pulmonar ()		Tuberculosis Extrapulmonar ()		Tuberculosis Diseminada () Neumonía Recurrente ()	
Pneumocystis Carinii ()		Criptococosis ()			
Histoplasmosis ()		Toxoplasmosis ()		Linfoma primario del SNC ()	
Linfoma No-Hodgkin ()		Sarcoma de Kaposi ()		Carcinoma Cervical Invasivo () LMP ()	
Herpes Simple Diseminado ()		Citomegalovirus ()		Candidiasis Esofágica () Micobacteria atípica ()	
Diarrea por Oportunistas ()		Encefalopatía por VIH ()		Bacteriemia Recurrente por Salmonella ()	
Síndrome de desgaste ()		Otras () _____			
*COMPLETAR SOLO POR D.L.S.P		VIH <input type="checkbox"/>		Fecha de CONFIRMACIÓN: / /	
<small>Autogenerador: escriba la fecha con dos dígitos año-mes-día; las iniciales primer letra del apellido paterno (AP), primer letra de apellido materno (AM), primer letra de primer nombre (1°N), primer letra de segundo nombre (2°N), y el sexo con un dígito (1 para sexo masculino y 2 para sexo femenino)</small>					
Este formulario debe acompañar la muestra de sangre al Departamento de Laboratorio de Salud Pública, y el mismo se considerará notificación del caso según ordenanza N° 624 del 11 de noviembre de 2010. Dirección: Alfredo Navarro N° 3051. Tel. 24872516 - 24872616 - 24863354. FAX: 24807014 Si el caso se confirma se solicitará a la institución que complete el resto de las variables del formulario y las remita al Departamento de Vigilancia en Salud. Fax: 24085838					

Disponibile en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/vih-sida-nuevos-formularios-de-notificaci%C3%B3n>



"La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica."

**Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento
de los Reclusos (Reglas Mandela). Regla 24.1.
Naciones Unidas. Mayo 2015**