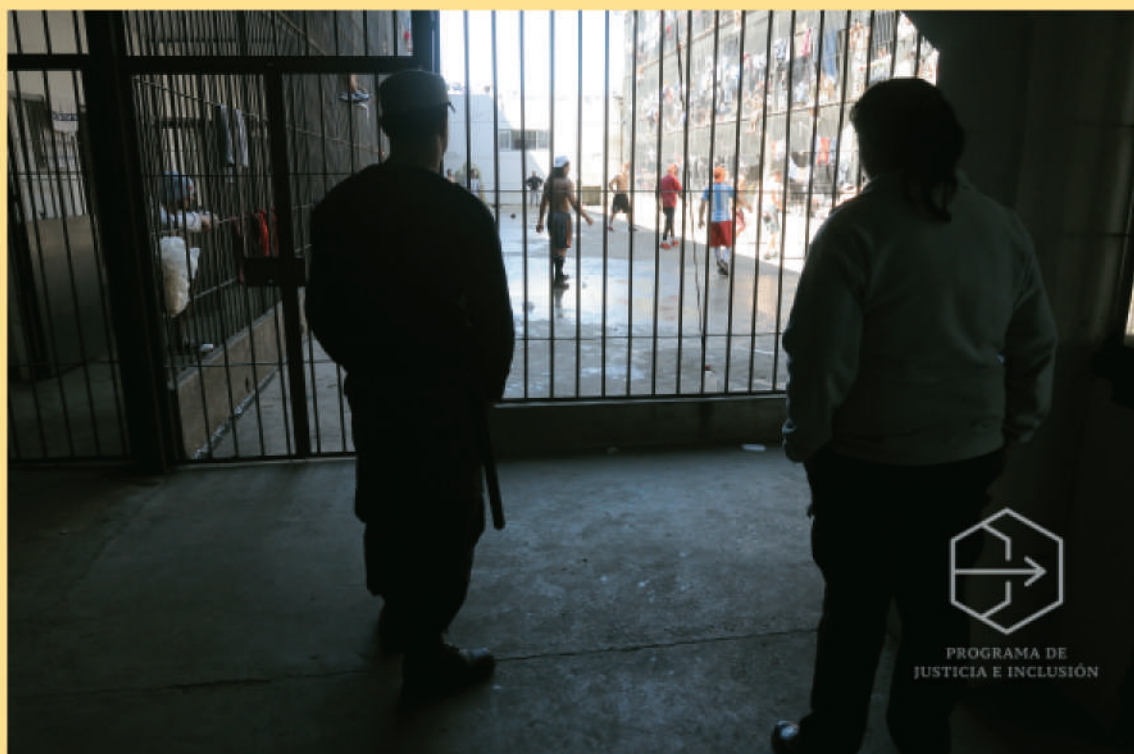


Proyecto

“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 VIH/Sida en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA 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 VIH/Sida en Centros de Privación de Libertad



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 VIH/Sida en centros de privación de libertad. Montevideo: OPP, 2016. **36 p.**

1. Prestación Integrada de Atención de Salud.
2. Prisiones-tendencias.
3. Adulto.
4. Adolescente.
5. Enfermedades de Transmisión Sexual.
6. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
7. VIH.
8. Registros Médicos.
9. Protocolos.
10. Uruguay.

ISBN: 978-9974-8561-8-9

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: 369.537 / 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. Alejandro Estévez. SEIC – ASSE

Dra. Verónica Cosme. DNSP.

Dra. Mariana Guirado. Facultad de Medicina. UDELAR

Lic. Jose Luis Priore. Programa ITS/VIH Sida - MSP

Lic. Lucía Landinelli Oroño. Patronato Nacional de Encarcelados y Liberados.

Educ. Social. Esther González. Patronato Nacional de Encarcelados y Liberados.

Dr. Wilson Benia. OPS/OMS

REVISORES

Dr. Miguel Fernandez Galeano. OPS/OMS

Dr. Jorge Banquero. DNSP

Fecha de elaboración: 30 de junio de 2015

Fecha de revisión: 29 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.....	7
2.	INTRODUCCIÓN	8
2.1.	Marco conceptual	8
3.	JUSTIFICACIÓN	9
4.	ALCANCE	10
4.1.	Ámbito de Aplicación.....	11
4.2.	Población destinataria	11
5.	OBJETIVOS.....	12
6.	PROCEDIMIENTOS REFERIDOS AL INGRESO.....	12
7.	PROCEDIMIENTOS EN EL PERIODO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD.....	13
7.1.	Entrega de kit sanitario.....	13
7.2.	Actividades de promoción de salud y prevención de ITS	13
7.3.	Accesibilidad al diagnóstico.....	13
7.4.	Entrevista médica	13
7.4.1.	Elaboración de Historia Clínica.	14
7.4.2.	Realización de los test rápidos para detección de ITS.	14
7.5.	Tratamiento	14
7.5.1.	Recomendaciones para Regímenes de Inicio	15
7.6.	Seguimiento.....	16
7.7.	Gestión de los medicamentos.	17
7.8.	Alimentación	18
7.9.	Acceso a preservativos	18
7.9.1.	Entrega de preservativos.	19
7.10.	Elementos de Tipificación/Clasificación de internos	21
7.11.	Registros	21
7.12.	Comunicación.....	22

8.	PROCEDIMIENTOS REFERIDOS AL PRE EGRESO.	22
8.1.	Actividades a desarrollar en las Unidades de Internación previo al egreso.	22
8.2.	Actividades a desarrollar en el momento del egreso:	23
8.3.	Actividades en el afuera:	23
8.4.	Personal interviniente.	24
8.5.	Materiales	24
8.6.	Tipificación/Clasificación de internos pre egreso	24
8.7.	Registros	25
9.	EVALUACIÓN	25
10.	LISTA DE DISTRIBUCIÓN	26
11.	NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS	27
12.	BIBLIOGRAFÍA	28
13.	ANEXOS.....	30
	Anexo 1. Definiciones de interés en VIH.....	30
	Anexo 2. Tratamientos de VIH en situaciones especiales	32
	Anexo 3. Higiene y conservación de alimentos	33
	Anexo 4. Equipo de Salud de Centros territoriales de seguimiento a pacientes con VIH.	34

2. ABREVIATURAS

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

CHLAEP: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

DINALI: Dirección Nacional del Liberado

HC: Historia Clínica

INDA: Instituto Nacional de Alimentación

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

ITS: Infecciones de transmisión sexual

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PPL: Personas Privadas de Libertad

PVVS Persona Viviendo con VIH-Sida

UDELAR: Universidad de la República

UIPPL: Unidad de Internación para PPL (establecimiento penitenciario)

UIDDZM: Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de la Zona Metropolitana.

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

SEIC: Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas

TARV: Tratamiento Antirretroviral

VHC: Virus Hepatitis C

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.

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 personas privadas de

libertad 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 personas recluidas 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. 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 documentación relevada a nivel internacional muestra que las unidades de privación de libertad constituyen un lugar de alto riesgo de transmisión del VIH y de otras infecciones. Frecuentemente están superpobladas y se caracterizan por una atmósfera de miedo y violencia. Al igual que en la comunidad, e incluso a pesar de que las medidas de contralor, se ha constado en muchas ocasiones la circulación de drogas y actividad sexual. La práctica de sexo entre los/as personas con privación de libertad es más habitual de lo que pueda pensarse y hay un subregistro debido a sanciones o estigmatización por parte de los otros internos/as. (ONUDC, 2012)

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 INISA. La cobertura sanitaria se distribuye entre

ASSE y DNSP en adultos y el Programa de Medidas Curativas del INISA 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 adulta privada de libertad, 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.

En la UI PPL N° 4 de Santiago Vázquez concentra el 70% de las PPL con VIH positivo, con un total de alrededor de 60 casos. Los restantes se distribuyen en las diferentes UI PPL.

El diseño de un protocolo de intervención en VIH tiende a homogeneizar las intervenciones en las distintas instituciones, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención y una llegada más eficaz de los mensajes de salud entre pares.

4. ALCANCE

El presente protocolo tiene como finalidad organizar, sistematizar y uniformizar la atención integral de las PPL en lo que respecta al VIH

Funciona como un organizador de las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y continuidad de la atención, 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 manejo de esta patología.

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.

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.

4.1. *Ámbito de Aplicación*

Profesionales a los que se dirige. Está dirigido a los equipos de salud que se desempeñan en las diferentes UIPPL del Sistema Penitenciario y del INISA, 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 apartado N° 10.

4.2. *Población destinataria*

Personas que se beneficiarán con las intervenciones definidas en el protocolo.

Criterios de inclusión

- PPL adultas que ingresan a la UIDDZM o directamente a otras UIPPL del interior del país, y tienen un diagnóstico reactivo de VIH.
- Adolescentes que ingresan al INISA y tienen un diagnóstico reactivo de VIH.
- PPL adultas y adolescentes que al ofrecerse la prueba de VIH resultan reactivos o PPL en los que ya se conoce su estado serológico de VIH+

Criterios de exclusión

- Situaciones de prisión domiciliaria

5. OBJETIVOS

Objetivo general

Lograr una calidad de atención homogénea en todo el sistema penitenciario, mejorando la oportunidad del diagnóstico precoz, el control integral y la continuidad de la atención de las PPL que viven con VIH/Sida.

Objetivos específicos.

1. Disminuir la transmisión del VIH/Sida entre las PPL, los familiares de las PPL y el personal que trabaja en el sistema penitenciario.
2. Determinar los procedimientos que el equipo de salud debe desarrollar frente a una PPL con VIH/Sida.
3. Realizar educación para promover la consulta y el diagnóstico precoz ante situaciones de riesgo de transmisión de VIH/Sida.
4. Contribuir a la disminución de la incidencia y letalidad del VIH/Sida en las Unidades de internación de PPL incluidas las co-infectadas con BK.
5. Lograr cuidados seguros de las PPL de modo de contribuir a crear una cultura organizacional basada en la seguridad del paciente.
6. Alcanzar la adhesión de todos los integrantes del equipo de salud de las UIPPL a los protocolos de trabajo diseñados, favoreciendo el cumplimiento de los mismos.

6. PROCEDIMIENTOS REFERIDOS AL INGRESO

Fueron explicitados en el Protocolo de Atención en el Ingreso al Sistema Penitenciario.

7. PROCEDIMIENTOS EN EL PERIODO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

7.1. Entrega de kit sanitario

Los PPL deberán recibir mensualmente un kit con elementos básicos (Cepillo de dientes, jabón, condones, toallas higiénicas femeninas).

7.2. Actividades de promoción de salud y prevención de ITS

Se desarrollarán en articulación con la Comisión de género del INR, el Centro de Escuela de Formación Penitenciaria (operadores penitenciarios) y el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida del MSP.

Se deberán organizar y realizar talleres de ITS periódicamente (2 veces al año) con el acompañamiento del Programa Nacional de ITS-VIH/Sida, con participación del personal del servicio médico, psicología, asistentes sociales, operadores y seguridad.

Los destinatarios serán los internos y el personal penitenciario a quienes se les entregará material gráfico.

7.3. Accesibilidad al diagnóstico.

A toda persona que ingrese al centro penitenciario se le deberá ofrecer el test rápido para VIH, sífilis y VHC.

Los estudios deben ser solicitados por el médico interviniente respetando los principios de confidencialidad y consentimiento informado, previo asesoramiento.

7.4. Entrevista médica

La entrevista médica deberá ser realizada en un consultorio respetando la privacidad del paciente. El mismo deberá contar con pileta con agua, jabón líquido, alcohol, guantes y papelera.

7.4.1. Elaboración de Historia Clínica.

Se realizara la historia clínica de acuerdo a lo establecido en el protocolo de INGRESO. La HC debe actuar como 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.

Evaluación clínica

- Anamnesis: antecedentes familiares, antecedentes patológicos, vacunas recibidas, consumo de alcohol y drogas, problemas de salud mental.
- Evaluación de comorbilidades
- Valoración de la salud sexual y reproductiva
- Medicación concomitante
- Recursos internos, sostén familiar y social. Escolaridad.
- Evaluación de la disposición de iniciar TARV, inducción de la adherencia
- Descartar tuberculosis activa e indicar profilaxis con INH, según pautas de la CHLAEP
- Peso, signos vitales y examen físico completo.

Según corresponda, se realizará la derivación a policlínica de adicciones o a policlínica de Psiquiatría.

7.4.2. Realización de los test rápidos para detección de ITS.

Los test serán realizados por personal de salud previo consentimiento informado de acuerdo a las pautas del MSP. (MSP, 2006).

Los resultados, tanto reactivos como negativos deberán ser adjuntados a la historia clínica y la notificación de los casos reactivos será realizada preferentemente por el especialista, y de ser posible con apoyo de psicólogo; los casos negativos serán informados por el médico general.

7.5. Tratamiento

El tratamiento será indicado por el médico infectólogo o un médico especialmente capacitado, quien deberá informar el inicio del mismo al personal sanitario de a UI responsable de la entrega de la medicación.

La información a la PPL le será brindada por su médico tratante.

En la historia clínica se dejará registro de la negativa a iniciar o continuar el tratamiento y de las estrategias abordadas, por ej.: derivación a Psicólogo, Psiquiatra o Policlínica de adicciones.

Objetivos del tratamiento:

- *Reducir de forma duradera la carga viral a niveles indetectables*
- *Restaurar y preservar la función inmune*
- *Prolongar la vida*
- *Mejorar la calidad de vida evitando la ocurrencia de enfermedades oportunistas y otras morbilidades asociadas al VIH*
- *Prevenir la trasmisión*

Para iniciar TARV, se deberán tener en cuenta:

Recuento de linfocitos CD4, carga viral, edad, embarazo, coinfecciones y comorbilidad asociada.

Se considerará la eficacia, tolerabilidad y simplicidad.

7.5.1. Recomendaciones para Regímenes de Inicio

Las pautas de tratamiento de inicio se detallan en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Consideraciones para regímenes de inicio de tratamiento.

Regímenes preferidos	Consideraciones
Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz	-Preferido para el inicio, excepto indicaciones específicas de otro plan o contraindicaciones. -De primera elección en coinfectados con TBC
Tenofovir + Lamivudina o Emtricitabina + Efavirenz	Preferido en: -Coinfectados crónicos con VHB y coinfectados con VHC que requieran tratamiento del VHC. -Pacientes con hemoglobina <8 g/dl

Fuente: *INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) PAUTAS PARA DIAGNÓSTICO, MONITORIZACIÓN Y TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (MSP, 2014)*

El tratamiento en situaciones clínicas especiales se detalla en el Anexo 2.

7.6. Seguimiento

Los controles paraclínicos mediante rutinas básicas pueden solicitarse por lo menos dos veces al año si el paciente está estable. En el caso de las mujeres es necesario solicitar control ginecológico dos veces por año salvo que el especialista considere un control más acotado.

La carga viral y poblaciones linfocitarias deben solicitarse al menos dos veces al año.

El seguimiento será realizado por el especialista 1 vez /mes, cada 3 o cada 6 meses según estadio clínico.

Se solicitarán las pruebas de laboratorio que se detallan en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Frecuencia de las pruebas de laboratorio

Pruebas de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento	En la primera evaluación	Al iniciar TARV	Cada 6 meses	1 vez al año	Según síntomas y signos
Pruebas de diagnóstico y confirmación del VIH	♦				
Hemograma	♦	♦		♦	♦
Población linfocitaria y carga viral	♦	♦	♦		♦
Pruebas de embarazo		♦			♦
Enzimas hepáticas	♦			♦	♦
Glucosa y lípidos	♦			♦	♦
Función renal (clearance de creatinina)*	♦	♦		♦	♦
VDRL	♦			♦	♦
Serología VHB	♦				♦
Serología VHC	♦			♦	♦
Citología cervical	♦		♦		♦
Citología anal a quienes practican sexo anal receptivo	♦				♦
HLAB* 5701		♦			
Serología de Toxoplasmosis	♦				
Serología de Chagas (según procedencia)	♦				
Screening BK y/o profilaxis con INH	♦				

*En pacientes tratados con tenofovir y factores de riesgo para nefrotoxicidad.

Junto con el tratamiento, se deberán ofrecer las vacunas destinadas para personas que viven con VIH.

Cuadro 6. Vacunas recomendadas en adultos con VIH

Vacuna	Observaciones
Antitetánica/antidiftérica	Repetir cada 10 años
Anti-neumocócica	Repetir a los 5 años (total 2 dosis)
Anti H1N1	Anual
Anti-Hepatitis A	-En pacientes con IgG para VHA negativo. -Recomendado en co infectados VHC, VHB, en hombres que tienen sexo con hombres.
Anti-Hepatitis B	-En toda PPL que manifieste dudas respecto a vacunación completa previa. -Recomendada en personal de salud, coinfectados VHC y usuarios de drogas endovenosas.

7.7. Gestión de los medicamentos.

La entrega de los anti retrovirales se realizará en todos los casos luego de que el paciente haya sido evaluado en la consulta. Al final de la historia clínica en el apartado indicaciones se consignan los fármacos prescritos.

Dada las características de enfermedad crónica, se entregará al usuario la medicación de forma MENSUAL.

Es muy importante la evaluación de la adherencia al tratamiento. El servicio de salud evaluará e instruirá a la PPL en caso necesario para lograr una concientización de la toma diaria de la medicación, que redundará en los beneficios de control de la enfermedad.

La evaluación del tratamiento podrá ser llevada a cabo por médico general o de familia, con apoyo del infectólogo en caso necesario.

7.7.1. Situaciones de requisa y traslado.

Durante las denominadas “requisas” los fármacos anti retrovirales y otros indicados al paciente, **deberán ser preservados de cualquier acción que prive al PPL de seguir usándolos** generando una interrupción del tratamiento.

Asimismo durante los traslados de una celda a otra, de un módulo o de UIPPL a otra, **se debe permitir a los usuarios llevar consigo la medicación y no**

interrumpir el tratamiento. En el caso de verificarse que no existen razones médicas que desaconsejen el traslado de la PPL, el mismo deberá realizarse junto a su historia clínica y la medicación necesaria para un mes de tratamiento.

7.8. Alimentación

En el paciente VIH+ la alimentación toma un rol fundamental ya que si nos aseguramos de proporcionar una correcta alimentación estamos promoviendo la salud y reduciendo complicaciones propias de dicha enfermedad.

7.8.1. Dieta suplementaria

Las PPL que viven con VIH deben recibir una dieta adicional que incluya lácteos, carnes rojas y blancas, huevos, frutas y verduras y cereales (arroz, fideos, maíz), y legumbres (porotos, garbanzos, lentejas).

Es recomendable incluir un plato grande de cereales (arroz, fideos, pastas, preparaciones con harinas) al menos en una de las dos comidas principales (almuerzo o cena).

Es recomendable proporcionar abundante cantidad de **agua** potable durante todo el día, por lo menos 2 litros.

7.8.2. Higiene y Conservación de alimentos

Los pacientes con infección por VIH son más susceptibles a adquirir infecciones. Dentro de éstas se incluyen las causadas por alimentos que contienen microorganismos. Por lo tanto, las medidas están destinadas a evitar la adquisición de una enfermedad relacionada con alimentos, son aplicables a toda la población del sistema penitenciario y se detallan en el Anexo 3.

7.9. Acceso a preservativos

Las condiciones de las unidades de las UIPPL pueden generar barreras para el acceso a los preservativos, y lleva en consecuencia a prácticas sexuales con el alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Es relevante definir una política institucional explícitamente favorecedora del acceso a los preservativos.

Asimismo, si bien las PPL son las más expuestas al riesgo, el personal penitenciario comparte este ambiente de alto riesgo; si bien el VIH se transmite

sólo a través del contacto con la sangre u otros fluidos corporales, el personal penitenciario puede aumentar enormemente la probabilidad de infectarse con VIH, VHB, etc. como resultado de la exposición ocupacional, así como también de tuberculosis, coinfección frecuente en las personas con VIH

Es difícil determinar el alcance de la actividad sexual consentida y no consentida en las prisiones, dado que las declaraciones realizadas por IAs PPL se ven distorsionadas por la vergüenza o el miedo a represalias o castigos adicionales. Las relaciones sexuales están prohibidas en la mayoría de los sistemas penitenciarios, lo cual lleva a los privados de libertad a negar su participación en actividades sexuales. El sexo en la prisión suele tener lugar en situaciones de violencia o intimidación, por lo cual tanto las víctimas como los victimarios son reacios a hablar sobre su ocurrencia.

Se debe reconocer que las relaciones sexuales suceden en las UIPPL y que implican el riesgo de transmisión de enfermedades, siendo altamente recomendable la entrega de preservativos y debiendo existir directivas no solo para los servicios de salud sino también para los mandos direccionales de las unidades y los decisores políticos del sistema penitenciario.

7.9.1. Entrega de preservativos.

Los preservativos pueden entregarse en una amplia gama de entornos carcelarios y las PPL usan los preservativos para evitar la transmisión del VIH durante la actividad sexual cuando logran obtenerlos en la UIPPL. Ningún sistema carcelario que ha permitido el uso de preservativos ha revertido su política y ninguno ha informado sobre problemas de seguridad o alguna otra consecuencia negativa de importancia. En particular, hay conocimiento sistematizado respecto a que el acceso al preservativo no representa amenaza alguna a la seguridad o a las operaciones, no conduce a un incremento en la actividad sexual y es aceptado por la mayoría de los internos y funcionarios penitenciarios una vez que se ha introducido su uso en el sistema penitenciario.

Los servicios de salud deben generar programas de acceso a preservativos en todos los lugares de reclusión tanto para hombres como para mujeres. Deben proporcionarse gratuitamente preservativos y lubricantes a base de agua. Estos deben ponerse a disposición de las PPL de forma fácil y discreta en distintos lugares, sin que tengan que solicitarlos expresamente y fuera de la vista de otras personas. También deben proporcionarse preservativos para las visitas íntimas. Generalmente la entrega de preservativos se limita a las enfermerías o policlínicas de salud, o las PPL deben concurrir al servicio de salud para solicitarlos. Hay que destacar en esto dos aspectos que limitan el acceso:

- El acceso al servicio de salud muchas veces está limitado por la guardia y la PPL no logra concurrir las veces necesarias.
- El solicitar preservativos en el servicio de salud evidencia la potencial conducta sexual por parte del PPL, perdiéndose el resguardo de la intimidad de la misma y pudiendo representar una amenaza por parte de la autoridad penitenciaria (si la conducta es sancionable) o del resto de las PPL (que pueden recurrir a presiones sobre el solicitante del insumo para mantener el secreto).

Por tanto en referencia a la provisión de preservativos en las UIPPL se recomienda:

- Los servicios de salud deben coordinar el mantenimiento de un stock suficiente que permita la entrega de acuerdo a las recomendaciones del MSP (15 preservativos por persona y por mes), tal como lo establece la normativa vigente.
- Los mismos deberán mantenerse en depósitos al resguardo de la luz, humedad, etc. tal como lo establece el “manual logístico y de procedimiento de entrega de preservativos y otros métodos anticonceptivos” (MSP, 2013)
- Es muy importante obtener el compromiso de la autoridad carcelaria para facilitar la distribución. Para ello es importante destacar la necesidad de “desplazar” el preservativo de los sectores vinculados a la salud y distribuirlos en otros espacios de las UIPPL tales como los sectores de educación, centros culturales, talleres de trabajo, patios, pasillos o baños, para desnaturalizar esa mirada “medicalizada” del uso del preservativo, y, como se dijo tener canales de acceso que permitan mantener la confidencialidad.

Es la institución prestadora de servicios de salud, la que debe proveer los preservativos desde una lógica de promoción de salud y prevención, en coordinación con las autoridades del INR y de cada UIPPL, ajustando la logística de distribución a las diferentes realidades de los centros penitenciarios.

- Es importante que en las salas de visita íntima siempre se disponga en cantidad suficiente y tanto femeninos como masculinos, en lugares que permitan acceder a ellos en confidencialidad en caso necesario.
- Se debe tener en consideración la entrega de preservativos en las visitas íntimas intercarcelarias, entregándolos a las mujeres y a los varones, en cantidad suficiente y de ambos tipos según lo requieran.

- La entrega de material informativo en donde se disponga de información básica, así como también de los lugares fuera del servicio de salud en donde se encuentran disponibles, contribuye a mejorar el acceso.

- Pese a que los servicios de salud de las UIPPL tienen a su cargo la atención de las PPL, es altamente recomendable que la entrega de preservativos no se limite solamente a las PPL sino también a los guardias y resto del personal. La estrategia de “inundar” las unidades con preservativos hace que éstos pierdan valor como moneda de intercambio. Cuando un insumo en una unidad pierde valor, se logra un acceso más equitativo, dado que pueden acceder a él las personas de “menor jerarquía o poder” y que muchas veces son las víctimas de abusos múltiples, entre ellos abuso sexual, evitándoles de ésta manera la adquisición de ITS.

Por tanto es esencial contar con puntos de accesibilidad a preservativos y material gráfico en espacios por fuera de los sectores de sanidad y fomentar la articulación logística de los servicios de salud y los distintos actores de las unidades, a fin de consolidar el circuito de solicitud-distribución y entrega de estos insumos de modo sistemático.

7.10. Elementos de Tipificación/Clasificación de internos

Criterios de vulnerabilidad.

Desde una perspectiva general pueden identificarse 3 niveles crecientes de vulnerabilidad:

1. Conjunto de la población privada de libertad
2. Población privada de libertad que no recibe visitas
3. Población trans privada de libertad

Desde una perspectiva específica para VIH, pueden identificarse los siguientes niveles de vulnerabilidad.

- Población PPL con consumo de pasta base

7.11. Registros

En caso de que la PPL sea trasladado entre distintas 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

7.12. Comunicación

Es altamente recomendable la realización de actividades de promoción del uso del preservativo. En este sentido el papel del servicio de salud es fundamental en la provisión de información y realización de actividades dirigidas a PPL y también al personal. El servicio de salud debe generar un ambiente de relacionamiento con las PPL que permita abordar los temas de salud sexual y reproductiva abiertamente y sin riesgos a burlas o represalias por desconocimiento.

8. PROCEDIMIENTOS REFERIDOS AL PRE EGRESO.

8.1. *Actividades a desarrollar en las Unidades de Internación previo al egreso.*

- Los técnicos de la DINALI referentes para las distintas unidades de internación, se reúnen periódicamente con los equipos de salud. En esas instancias se revisa la ***nómina de personas que viven con VIH*** que están en las UIPPL, que es actualizada cada 2 meses en comunicación entre el Equipo de Salud y Sección Jurídica de cada UI. Este intercambio permite identificar a las PPL que están próximas a su liberación (entre 6 meses y un año).
- Se coordina fecha de reunión con la PPL, el referente de salud y el referente de la DINALI.
- Se realiza una reunión donde se explica la estrategia y se brinda información de la apoyatura de la DINALI. Se le informa de los distintos centros de salud específicos donde continuar su tratamiento en el afuera y se registra en la Historia Clínica su elección.
Se comienza a generar un vínculo para preparar el posterior seguimiento desde la institución.
- Se entrega informe médico con los datos sustanciales en cuanto a antecedentes médicos, comorbilidades, consumo de sustancias psicoactivas, medicación y toma de la misma y toda la información que el equipo de salud considere relevante.
- Se realiza una segunda entrevista (a solas el técnico de la DINALI y el paciente) donde se evalúa conciencia de enfermedad, apego al tratamiento, voluntad de seguimiento.

8.2. Actividades a desarrollar en el momento del egreso:

- Cuando las autoridades de la Unidad tienen definida la fecha de la liberación de un paciente en tratamiento por VIH, se le comunica al referente de salud.
- Este cita a la PPL y actualiza datos de: domicilio o lugar a donde concurrirá, teléfonos de contacto y referencia vincular con datos claros.
- Se agenda hora con el centro de salud donde decidió continuar el tratamiento y se le entrega al paciente.
- Se pone en comunicación con el referente de la DINALI para la unidad y le traslada estos datos, a la vez que solicita una hora concreta para entrevista con técnico y entrega esta hora a la PPL (será siempre previa a su entrevista médica).
- Se entrega en mano la medicación necesaria hasta la próxima consulta.
- Por los canales habituales se hace llegar la historia clínica al centro de salud de preferencia de la PPL.
- Se informa a la lucha antituberculosa de la liberación y los datos básicos de contacto, así como los datos del referente de seguimiento de la DINALI.

8.3. Actividades en el afuera:

- El técnico de la DINALI llama al liberado para confirmar la cita agendada y comunicada por el referente de salud de la unidad.
- En la entrevista:
 - o Se realiza diagnóstico situacional y a partir de ello se estructuran alternativas específicas para la persona ya que se ofrecen los mismos servicios técnicos que a todos los demás usuarios.
 - o Se le proporciona información, se lo orienta y apoya para tramitación de alimentación y traslado —canasta INDA y boletos al Instituto de Higiene (mientras son tramitados la DINALI los cubre).
 - o Se coordina modalidad de seguimiento.

8.3.1. Derivación a Equipo de Salud de centro de seguimiento territoriales.

En los casos de PPL con cobertura de ASSE se derivará a los Centros asistenciales que se detallan en el Anexo 4.

8.3.2. Actividades de promoción de salud y prevención de ITS en el afuera.

Modalidad de taller con una frecuencia bi o tri anual.

Temas a trabajar:

- Conductas de cuidado y prevención (apego al tratamiento medicamentoso y seguimiento profesional; alimentación, higiene, descanso; uso y acceso a preservativos).
- Sentimientos y fantasías en relación a la enfermedad.

8.4. Personal interviniente

- Equipo Técnico de DINALI.
- Equipos de organizaciones de la sociedad civil especializados en la temática.

8.5. Materiales

Salón y mobiliario, cañón, pantalla y computadora aportados por la DINALI.

Traslado (boletos) cubiertos por DINALI.

Folletería y afiches proporcionados por MSP.

8.6. Tipificación/Clasificación de internos pre egreso

Puede realizarse en base a:

- Criterios de vulnerabilidad.
- Recursos materiales con los que cuenta la PPL.
- Soporte afectivo social – redes - que tenga la PPL

Criterios de vulnerabilidad.

Desde una perspectiva general pueden identificarse 3 niveles de vulnerabilidad:

- Conjunto de la población privada de libertad
- Población privada de libertad que al egreso estará en situación de calle
- Población trans privada de libertad

Desde una perspectiva específica para VIH, pueden identificarse los siguientes niveles de vulnerabilidad.

- Población PPL con consumo de pasta base

8.7. Registros

- Informe de derivación del referente de salud de la UIPPL
- Historial de seguimiento del técnico referente de la DINALI
- Informes de los docentes de taller donde constarán la evaluación de cada participante, de los docentes y del grupo.

9. EVALUACIÓN

Indicadores

Se deberá solicitar con frecuencia mensual, a los médicos tratantes:

- Número de solicitudes de testeos para VIH/SIDA.
- Número de resultados negativos y positivos.
- Número de internos que cumplen el tratamiento.
- Número de internos que se niegan a iniciar, continuar o terminar el tratamiento.
- Números de cargas virales y CD 4 solicitadas y entregadas.
- Número de actividades desarrolladas para la facilitación de la adherencia al tratamiento.

10. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION (INR)

UNIDADES DE REGÍMENES DE MÁXIMA Y MEDIA SEGURIDAD:
UIPPL Nº 3 "LIBERTAD"
UIPPL Nº 4 "SANTIAGO VÁZQUEZ"
UIPPL Nº 5 "FEMENINO"
UIPPL Nº 6 "PUNTA DE RIELES"
UIPPL Nº 7 "CANELONES"
UIPPL Nº 8 "DOMINGO ARENA"
UIPPL Nº 9 "EL MOLINO"
UIPPL Nº 12 "CERRO CARANCHO" (RIVERA)
UIPPL Nº 13 "LAS ROSAS"(MALDONADO)
UIPPL Nº 24 "PENSE" (SORIANO)
UNIDADES DE REGÍMENES DE MÍNIMA SEGURIDAD Y CONFIANZA:
UIPPL Nº 10 "JUAN SOLER"
UIPPL Nº 11 "TACUABÉ"
UIPPL Nº 14 "PIEDRA DE LOS INDIOS"
UIPPL Nº 15 "CONVENTOS" (CERRO LARGO)
UIPPL Nº 16 " PAYSANDÚ
UIPPL Nº 17 "CAMPANERO" (LAVALLEJA)
UIPPL Nº 18 DURAZNO
UIPPL Nº 19 "LAS CAÑITAS" (RÍO NEGRO)
UIPPL Nº20 SALTO
UIPPL Nº 21 ARTIGAS
UIPPL Nº 22 ROCHA
UIPPL Nº 23 TREINTA Y TRES
UIPPL Nº 25 FLORES
UIPPL Nº 26 TACUAREMBÓ
UIPPL Nº 27 "PINTADO GRANDE" (ARTIGAS)
UIPPL Nº 28 "PASO ATAQUE" (RIVERA)
UIPPL Nº 29 FLORIDA
UNIDADES QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DEL DIRECTOR NACIONAL
UIPPL Nº2 "CENTRO 2" CHACRA DE LIBERTAD Y DE CANELONES.

Actualizado a dic 2015

INSTITUTO NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL ADOLESCENTE (INISA)

CENTROS DE INGRESO
C.I.A.F. (Centro de Ingreso Adolescentes Femenino)
C.I.T. II (Centro de Ingreso Transitorio)
CENTROS DE MONTEVIDEO
C.I.E.D. (Centro de Ingreso, Estudio y Derivación)
COLIBRI
C.M.C. -Centro Máxima Seguridad (Ex CEPRILI)
Ce.D.D. BURGUES (Centro de Diagnóstico y Derivación)
PASO A PASO
DESAFIO
RIFLEROS
CENTRO DETENCIÓN FEMENINO
REGIMEN DE SEMI-LIBERTAD
CIMARRONES
CENTROS EN ESCUELA DR. ROBERTO BERRO
M.D.1 (EX.-S.E.R.BERRO)
LAS PIEDRAS
SARANDI
ITUZAINGO
ARIEL
CERRITO
GRANJA
EL HORNERO
Actualizado a abril 2016

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

- Albanez L. Estado de situación investigaciones e intervenciones en vih/sida en personas privadas de libertad. MSP. Uruguay. 2009
- 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>
- Dammer L, Zuñiga L. La Cárcel: Problemas y desafíos para las Américas. FLACSO. Chile. 2008.
- Ministerio de Salud Pública. Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/Sida. PPITS-SIDA. MSP. OPS/OMS. 2006. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2006-Directrices-Consejer%C3%ADa-Orientaci%C3%B3n-VIH-SIDA.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. Manual Logístico y de Procedimiento de Entrega de Preservativos y otros Métodos Anticonceptivos. MSP. RIEPS. UNFPA. Montevideo. 2013. En: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20operativo%20Administ%20Logistica%20insumos%20SSYSR.pdf.pdf
- Ministerio de Salud Pública. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Pautas para diagnóstico, monitorización y tratamiento antirretroviral. DIGESA. Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS-VIH/Sida. MSP. ONUSIDA. UNFPA. Montevideo. 2014. En: <http://www.infectologia.edu.uy/publicaciones/guias-clinicas/agente-causal/tarv/guias-de-tratamiento-antirretroviral-tarv-uruguay-2014>
- 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
- 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. Naciones Unidas. Nueva York, 2010. En: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. “El VIH Sida en los Centros de Detención”. Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en cárceles. ONUDC. 2012. En: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok). Naciones Unidas. UNODC. 2011. En: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf
- 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>
- Reglas Penitenciarias Europeas. Documento de Trabajo del Consejo de Europa. Ambit Social Criminologic. Centre d'Estudis Juridicis i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. 2012.
- 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>
- Universidad de la República. Primer Censo Nacional de Reclusos. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales UDELAR. Ministerio del Interior. Diciembre de 2010. https://www.minterior.gub.uy/images/stories/informe_censo_reclusos_dic.pdf
- Villagra Pincheira C. Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel Debates Penitenciarios N° 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. Definiciones de interés en VIH

El **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** es un retrovirus que fue aislado e identificado como el agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1983. Se conoce la existencia de dos serotipos del VIH el VIH-1 y VIH-2. La mayoría de las infecciones en todo el Mundo son causadas por el tipo 1. La prevalencia del VIH-2 se concentra sobre todo en el África Occidental.

En cuanto a las vías de transmisión la forma predominante es a través de las relaciones sexuales sin protección tanto vaginal, anal como oral. También se adquiere por inyección o transfusión de sangre infectada o de hemoderivados y a través del uso compartido de agujas y jeringas. Además el trasplante de tejidos u órganos infectados puede transmitir la infección al receptor.

Las mujeres infectadas pueden transmitir el virus durante el embarazo, el parto o el amamantamiento.

Si bien el VIH es una amenaza seria para la salud de las personas, en la mayoría de los países, la infección entre la población privada de libertad es mucho mayor que entre la que se encuentra en las comunidades. Y dentro de la población del sistema penitenciario, ciertos grupos tienen mayores niveles de infección (en particular, las tasas de infección con VIH y VHC entre las mujeres tienden a ser más altas que entre los hombres)

Esto se debe a varios factores: en primer lugar, muchas personas llegan a los centros de privación de libertad ya infectadas con VIH. Los grupos de mayor riesgo ante el VIH son también grupos que presentan un mayor riesgo de criminalización y encarcelación, ya que muchas de las condiciones sociales y económicas (como la pobreza, un nivel bajo de educación y la vida en comunidades con escasa atención médica y minoritarias) que incrementan la vulnerabilidad al VIH, también incrementan la vulnerabilidad a la privación de libertad. En segundo lugar, están las PPL que contraen VIH en el sistema penitenciario; esto se debe a la prevalencia de conductas de riesgo (en particular, relaciones sexuales con y sin consentimiento y el uso de drogas inyectables). Además el riesgo de transmisión puede aumentar por factores ambientales como el hacinamiento y la violencia. (ONUDC, 2012)

El personal de salud debe jugar un papel decisivo en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH en las UIPPL. Estos roles incluyen:

- Informar, capacitar o actualizar los conocimientos médicos sobre la base de pruebas científicas y las mejores prácticas respecto del VIH, Sida y las medidas destinadas a reducir el daño;
- Contribuir a la política de aplicación de las reglamentaciones penitenciarias que respetan los derechos humanos y, en particular, el derecho a la salud; y
- Proporcionar información y capacitación a los privados de libertad y al personal penitenciario para crear conciencia, abordando la discriminación y estigmatización, y cambiando el comportamiento.

Cuando el personal penitenciario no está capacitado adecuadamente, tiende a reaccionar con miedo hacia las personas que viven con VIH, llevando a su estigmatización y discriminación, y de aquellas que se perciban como en riesgo, dificultando así los esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento.

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)

Anexo 2. Tratamientos de VIH en situaciones especiales

Regímenes a considerar en situaciones de excepción

Regímenes basados en INNTR	Considerado en :
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz	-Hemoglobina < 8 g/dl -Clearance de creatinina < 50 mL/min
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina Tenofovir + Lamivudina o Emtricitabina + Nevirapina	-Mujer en edad fértil -Con contraindicación a Efavirenz -Riesgo cardiovascular alto
Regímenes basados en IP/ritonavir	Considerado en :
Zidovudina + Lamivudina + Atazanavir/ritonavir	-Riesgo cardiovascular alto con contraindicación a nevirapina
Tenofovir + Lamivudina o Emtricitabina + Lopinavir/ritonavir	-Alternativo en embarazo
Zidovudina o Abacavir + Lamivudina + Lopinavir/ritonavir	-Embarazo
Tenofovir + Lamivudina o Emtricitabina + Lopinavir/ritonavir	-Con contraindicación a INNTRs

Fármacos a considerar en pacientes con resistencia

Fármaco	Observaciones
Darunavir (inhibidor de proteasa)	En nuestro país se reserva para ser usado en fallo y guiado por test de resistencia
Etravirina (INNTR)	No usar en pacientes con resistencia a nevirapine y efavirenz
Maraviroc	Previamente realizar el estudio de tropismo
Raltegravir	En lo posible debe usarse asociado a un IP/r
Enfuvirtide	Requiere de 2 inyecciones subcutáneas por día con frecuentes reacciones en sitios de punción

Anexo 3. Higiene y conservación de alimentos

Las **medidas preventivas** comienzan al conservar los alimentos en la heladera y al cuidar que los utensilios de preparación, las esponjas y los trapos de cocina, se mantengan limpios.

Deben tenerse en cuenta las siguientes **recomendaciones** para un adecuado manejo de los alimentos:

- Es importante el lavado de las manos y de los utensilios de cocina con agua caliente antes y después del manejo de cada uno de los alimentos.
- No deben utilizarse tablas de madera para el corte de los alimentos crudos como carne y vegetales. Las tablas de plástico son más fáciles de lavar y de esterilizar.
- Las frutas y verduras frescas deben de ser lavadas exhaustivamente con agua y deben refrigerarse
- Los verduras de consumo frescos que son vegetales en contacto con la tierra (zanahorias, rábanos, apio, etc.), deben lavarse escrupulosamente, especialmente las hortalizas de hoja (lechuga, escarola) ya que de otro modo podría quedar suciedad o insectos escondidos. En estos casos se recomienda su lavado con agua e hipoclorito (8 gotas por litro/50cc cada 10 litros) sumergidos durante 15 minutos, para su desinfección. Luego enjuagar con agua limpia repetidas veces.
- No se deben de descongelar los alimentos al aire libre; se recomienda utilizar preferentemente la heladera o agua fría o un horno microondas.
- Los alimentos tienen que estar bien cocidos. Las carnes alcanzan su punto de cocción máximo por arriba de los 75°C. por lo tanto se sugiere superar la temperatura de 80°C.
- No se debe utilizar huevo crudo o comidas que lo contengan como las mayonesas caseras. Cuando cocine huevos debe asegurarse que la yema y la clara estén bien cocidas.

Las **personas que manipulan alimentos** (elaboración o traslado) deben tener carné de salud vigente, y renovado cada año.

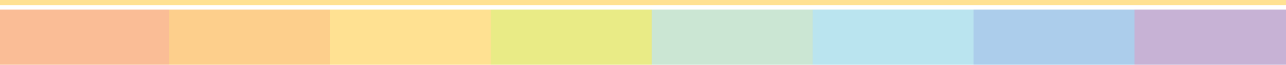
Es deseable que estas personas reciban elementos de capacitación específica. Podrían replicarse contenidos similares a los cursos que brindan los servicios de bromatología de las intendencias departamentales, para expedir el carné de manipulador de alimentos.

Anexo 4. Equipo de Salud de Centros territoriales de seguimiento a pacientes con VIH.

Servicios de Atención descentralizada: A DONDE DERIVAR						
Departamento	Servicio	Médico	Dirección	Teléfono	Días y Horas de Consulta	Procedimiento de solicitud de consulta.
MONTEVIDEO	Servicio de Enfermedades Infecciosas y Contagiosas "Dr. José Scosería" (SEIC)	Dr. Alejandro ESTEVEZ	Dr. Alfredo NaVarro 3051	2487 6981	Lunes Martes Jueves de 14 a 20 HS.	Llamar directamente al Dr. Estevez para coordinar primera consulta. 099517173
	Policlínica LA TEJA	Dr. Gabriel GONZALEZ	Av. Carlos María Ramírez 881 Esq. Rivera Indarte	2305 28 01.	Martes y Jueves De 12 a 16 HS.	Llamar a la policlínica y pedir consulta
MONTEVIDEO	Hospital ESPAÑOL "JUAN JOSÉ CROTTO-GGINI" (Programa UDA)	Dra. Zaida ARTETA	Avda. Gral. Garibaldi 1729 esq. Rocha	2209 7899	Martes de 16 a 20 HS.	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
	Policlínica de MEDICINA FAMILIAR SALVADOR ALLENDE (UdeLaR)	Médico de Medicina Familiar	Ruta 8 Km. 23.200	22887475	Lunes a viernes de 8 a 18 hs	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
	Policlínica de Infectología HOSPITAL DE CLINICAS (UdeLaR)	Dra. Mariana GUIRADO Dra. Victoria FRANTCHEZ	Avenida Italia s/n Esq. Las Heras 1er. Piso.	24871515 int. 2224	Jueves de 10 a 14 HS.	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.

CANELONES	Policlínica de Enfermedades Infecciosas HOSPITAL DE CANELONES (Programa UDA)	Dra. Carina TENAGLIA	Gerson Taube 1073 esq. Cendan	4332 3288 43322459 Int 240	Lunes de 11 a 13 hs.	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
	Policlínica de ITS del HOSPITAL DE LAS PIEDRAS ASSE	Dra. Alejandra SALABERRY-BORDA	Espinola y Ferreira Aldunate Consultorio 8	099660628	Lunes h 15 Miércoles h9	Pedir hora en Archivo o al 099660628
MALDONADO	Policlínica de Infectología Hospital de Maldonado ASSE (Programa UDA)	Dra. Virginia ANTELLO	Ventura Alegre s/n y Las Dalias	42 22 58 89 42225890	Martes h 11	Pedir hora al 0800-0400
ARTIGAS	Policlínica de ITS de Artigas Funciona en ASSE Artigas	Dra. Graciela NORATA	E.M Castro S/N entre Gral Artigas y Bernardina Fragoso de Rivera.	47723701 int. 238	Jueves hora 10:00	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
	Centro de Salud ASSE BELLA UNIÓN	Dra HASSAN	Calle Chile 1261 entre Brasil y Argentina	47792426	horario: de 14 a 17hs 1er y 3er Martes de cada mes	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
RIVERA	Policlínica de ITS - ASSE HOSPITAL DE RIVERA	Dr. José SUAREZ	Bvar. Pte. Viera s/n esq Ituzaingó	46223307 int 151	Miercoles de 14 a 18 hs Viernes de 8 a 10 hs	Agendarse todos los días con la enfermera de policlínica.
ROCHA	Policlínica de Infectología HOSPITAL DE ROCHA (Programa UDA)	Dra. Ximena PRIETO	Avda Martínez y Treinta y Tres	4472 6293 - 4472 2608 int. 109	Primer y Tercer viernes de cada mes de 10 a 12 hs.	Pedir hora en atención al usuario

SALTO	Policlínica de ITS ASSE HOSPITAL DE SALTO	Dr. César SUAREZ	Cervantes esq. 18 de Julio	4733392 47332944 int 276	Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes de 6:00 a 10:00 hs	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
SORIANO	Policlínica de Infectología de ASSE - HOSPITAL DE MERCEDES	Dra. Betina VILAT	Sánchez 204 esq Luis Pozzolo	(4532) 2177-2433- 4174 int. 152	Lunes Martes y Miércoles 8.30 hs	Ir directamente a la primera consulta. A partir de allí se le agenda.
PAYSANDU	Policlínica de ITS de ASSE – HOSPITAL DE PAYSANDÚ	Dra. Carla BELOTTI	Monte Caseros 520 esq. Av. Soriano	4772 4836	Lunes de 8:30 a 10:00 hs	Solicitar día y hora en admisión
TACUAREMBÓ	Policlínica de ITS de ASSE – HOSPITAL DE TACUAREMBÓ	Dra. Nancy GASPERAZZO	Treinta y Tres 444 esq. Consejal Catalogne	46322955 46323812	Viernes a partir de las 8:00 hs	Solicitar día y hora en admisión
SAN JOSÉ	Policlínica de ITS de ASSE – HOSPITAL DE SAN JOSÉ	Dra. Nancy PIÑEYRO	Vidal y Di Martino s/n	43423621	Martes a partir de las 13 hs.	Solicitar día y hora en admisión



"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**