



Coordinación de la atención médica de transición

Desde el ingreso en la cárcel hasta la atención primaria de las personas con VIH en la comunidad —————○

DIFUSIÓN DE
INTERVENCIONES
FUNDADAS EN 
LA EVIDENCIA ○

Un agradecimiento especial a los expertos en el tema:

Alison O. Jordan

Jacqueline Cruzado-Quiñones

Un agradecimiento especial a las personas que contribuyeron al desarrollo y a la edición de los materiales de capacitación:

Centro de implementación de asistencia técnica (ITAC, por sus siglas en inglés),
AIDS United: Erin Nortrup, Alicia Downes, Hannah Bryant, Joseph Sewell y Sarah
Hashmall

Centro de Difusión y Evaluación (DEC, por sus siglas en inglés): Serena Rajabiun,
Boston University; Ellen Childs, Boston University; Jane Fox, Abt Associates;
Alexis Marbach, Abt Associates

Impact Marketing + Communications

Agradecimientos a las instituciones donde se impartió la iniciativa Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia.

Southern Nevada Health District. Las Vegas, Nevada. Programa Cooper de
intervención temprana. Camden, New Jersey

The University of North Carolina at Chapel Hill, Facultad de Medicina,
Departamento de enfermedades infecciosas, en colaboración con los Servicios
sociales del condado de Wake: Under One Roof. Raleigh, Carolina del Norte

Abril de 2019

Este manual ha sido financiado mediante el subsidio N.º U90HA29237, Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia, a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la Oficina del VIH/SIDA (HAB). El contenido es responsabilidad exclusiva de AIDS United y no refleja necesariamente la opinión de los organismos de financiación o del gobierno de Estados Unidos.

ÍNDICE

Agradecimientos	ii
Introducción	2
Módulo 1: Introducción al modelo de coordinación de la atención médica de transición	4
Módulo 2: Capacitación sobre la evaluación funcional: Identificación / evaluación de la secuencia del proceso	18
Módulo 3: Cultura de los centros penitenciarios: Coordinación de la atención médica de transición en un ámbito no tradicional	23
Módulo 4: Políticas y práctica: Nexo entre la salud pública y la atención sanitaria en los centros penitenciarios	31
Módulo 5: Modelo de coordinación de la atención médica de transición	46
Módulo 6: Introducción a la función de enlace con los tribunales	55
Módulo 7: Red de atención	63



Introducción

FINALIDAD Y GENERALIDADES

El objetivo principal de la coordinación de la atención médica de transición es ayudar a las personas que viven con el VIH para que, luego de ser liberadas, puedan entrar en contacto con los centros de salud de la comunidad que brindan atención primaria y tratamientos para el VIH.

La cárcel representa una gran oportunidad para impartir una intervención de salud pública, ya que favorece la interacción con personas que viven con el VIH y con las que es difícil tener contacto. Algunas de las actividades de intervención incluyen identificar a las personas portadoras del VIH así como también los recursos "ideales" de la comunidad, desarrollar un plan de atención médica de transición para abordar las necesidades de los servicios sociales y sanitarios, desde la admisión en las cárceles hasta los primeros meses luego de la liberación, que suelen ser los más críticos, y coordinar las actividades necesarias para que los reclusos puedan entrar en contacto con los centros de atención médica luego de su liberación. Las actividades deben iniciarse en la cárcel no bien la persona es detenida (preferentemente dentro de las 48 horas), porque las estancias en la cárcel suelen ser breves y la incertidumbre respecto de las fechas en que las personas pueden ser liberadas reduce las posibilidades de implementar una intervención.

Al diseñar un modelo de servicio para los clientes en transición entre un sistema y el otro, en este caso entre la atención médica recibida en la cárcel y la recibida en los centros de salud de la comunidad, es necesario eliminar los obstáculos que se presentan y establecer relaciones.

Este programa de capacitación ayuda a afrontar las necesidades de las organizaciones que desean crear un sistema más unificado de prestación de servicios y atención médica entre la comunidad y el ámbito carcelario, incluidas las estrategias para eliminar obstáculos para las personas y establecer relaciones entre los programas y en los distintos sistemas. Los programas de capacitación también guían a los instructores a través de los temas más importantes de las intervenciones y las etapas de la coordinación de la atención médica de transición, además de las metodologías de capacitación recomendadas.

Este programa de capacitación se basa en las actividades y capacitaciones del proyecto *Difusión de intervenciones fundadas en la evidencia* del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la Oficina del VIH/SIDA (HAB).

DESTINATARIOS

Los destinatarios de este programa de capacitación incluyen a las organizaciones de servicios para tratar el sida, las organizaciones de la comunidad, los beneficiarios primarios y secundarios del Programa Ryan White de ayuda contra el VIH-sida y los servicios sanitarios locales. Se supone que los destinatarios tienen una relación preexistente con las cárceles locales y están de acuerdo con que se amplíe la prestación de servicios dentro y fuera de los centros penitenciarios. Esta información también puede resultarles útil a los directores sanitarios de las cárceles al momento de analizar cómo establecer o modificar un programa de vinculación para los presidiarios.

DISEÑO DE LA CAPACITACIÓN Y MODALIDAD DE INSTRUCCIÓN

El programa de capacitación se divide en distintos módulos. Cada módulo aborda un área temática clave vinculada a la intervención. Al comienzo de cada módulo se presenta un plan de lección con una descripción general. Los módulos incluyen una presentación en PowerPoint, así como un texto, actividades didácticas y explicaciones adicionales.

Siempre que sea posible, las capacitaciones promueven el aprendizaje mediante la interacción más que solo con la exposición del instructor, para que los participantes tengan un mayor entendimiento de la intervención. Por eso, existen distintas actividades prácticas.

En caso de que los participantes requieran más información para usar de referencia o como enseñanza, se distribuyen apuntes y material de referencia para un mayor aprendizaje.

RECURSOS ADICIONALES

Algunos de los recursos adicionales para la coordinación de la atención médica de transición en este proyecto incluyen un resumen de la intervención, un manual y un cronograma de asistencia técnica, que se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://nextlevel.targethiv.org>

NOTA SOBRE EL LENGUAJE

Participante se refiere a la persona que recibe esta capacitación.

Cliente se refiere a la persona que es beneficiaria de los servicios a través de la intervención en las cárceles.

MATERIALES Y EQUIPOS

Los instructores necesitarán los siguientes elementos:

- Una computadora y un proyector donde se puedan reproducir cada una de las presentaciones en PowerPoint.
- Una pantalla, un televisor, o una pared en blanco donde se puedan proyectar cada una de las presentaciones.
- Una impresora o una fotocopidora para imprimir los apuntes de la capacitación. Otra posibilidad es enviarles a los participantes el material para la capacitación por correo electrónico, en caso de que puedan tener acceso al material, en tiempo real, en una computadora portátil o una tablet.
- Carpetas para recopilar los apuntes, las diapositivas o los materiales de referencia.

FORMATO DEL MANUAL

Cada módulo de capacitación comienza en un nueva página y se identifica con un título de la sección y un número de módulo. A lo largo del manual, hay explicaciones de las diapositivas, temas para debatir y actividades. A continuación se describen los símbolos utilizados en todo el manual:



DURACIÓN APROXIMADA DE LA SESIÓN



APUNTES DE LA PRESENTACIÓN DE POWERPOINT



APUNTES



NOTAS DEL INSTRUCTOR



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA



MATERIALES PARA LAS ACTIVIDADES



Módulo 1:

Introducción al modelo de Coordinación de la atención médica de transición

Temas abordados: Descripción general del modelo de la coordinación de la atención médica de transición, incluidos los fundamentos básicos, principios profesionales y conceptos esenciales.

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Describir las generalidades y la necesidad de una coordinación de la atención médica de transición y especificar los objetivos que se pueden alcanzar.
- Entender el marco conceptual para el modelo de la coordinación de la atención médica de transición.
- Entender los principios clave que rigen el trabajo social y la salud pública, y que constituyen el fundamento del modelo de la coordinación de la atención médica de transición y conocer las definiciones de los conceptos clave:
 - incorporación y finalización
 - transición colaborativa
 - vinculaciones con la atención médica
 - continuidad de la atención
- Definir y describir los fundamentos de la implementación: enfoques, herramientas, técnicas para eliminar obstáculos y establecer relaciones.
- Demostrar aptitud al aplicar los principios rectores para implementar los conceptos centrales en términos del cliente, el programa y los sistemas.
- Describir medidas / indicadores utilizados para la implementación y los resultados del programa de seguimiento
- Definir las metodologías para lograr una implementación eficaz del programa.
- Explicar cómo se debe usar una “Lista de deseos” y entender sus beneficios.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT



APUNTES



HOJAS DE ROTAFOLIOS

- Hojas de rotafolios (preferentemente con notas adhesivas) o pizarra(s) blanca(s), borrador y marcadores.



MATERIALES DE REFERENCIA

- Resumen de la intervención Coordinación de la atención médica de transición: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/jails>
- Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/jails>
- Cruzado-Quinones, J, Jordan, AO. et al. Tool + Tips for Providing Transitional Care Coordination Handbook (Capítulos 1 y 2). <https://careacttarget.org/ihip/tools-tips-providing-transitional-care-coordination>
- Jordan AO, Cohen LR, Harriman G, Teixeira PA, Cruzado-Quinones J, Venters H. Transitional Care Coordination in New York City Jails: Facilitating Linkages to Care for People with HIV Returning Home from Rikers Island. *AIDS and Behavior*. 2013. (Supl 2: S212-9).
- Teixeira, PA Jordan, AO et al. Health Outcomes for People living with HIV Released from the NYC Jail System with a Transitional Care-Coordination Plan. *Am J Public Health*. 2015; 105(2):351-57. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318285/
- Jordan, AO. (2015) Linkages and Care Engagement: From NYC Jail to Community Provider. Health Disparities Collaborative Webinar: Addressing Health Disparities Among Incarcerated and Recently Incarcerated Populations. AIDS Education and Training Center / National Resource Center. <https://aidsetc.org/resource/health-disparities-collaborative-webinar-addressing-health-disparities-among-incarcerated>
- Jordan, AO (2018) The NYC Experience: SPNS Enhancing Linkages: The Finale.
- Lincoln T, Desabrais M, Simon D, Jordan A, Cruzado-Quinones J, Teixeira PA. (2013). Jail Linkages: Two Evidence-Based Approaches to Linkages to Care in the Community, Continuity of Care Models from Baystate MC and NYC Health. National Commission on Correctional Health Care National Conference.

Palabras y frases clave

- *Transición colaborativa*
- *Eliminar obstáculos*
- *Establecer relaciones*
- *Programa de alcance comunitario*
- *Incorporación*
- *Finalización*
- *Vinculaciones con la atención médica*
- *Continuidad de la atención médica*
- *Acceso a la atención médica*
- *Lista de deseos*
- *Atención afectuosa*
- *Atención fría, irascible*
- *Mantenimiento en la atención médica*



Modalidad de instrucción

Exposición guiada por dos personas a través de un enfoque de trabajo basado en **“equipos de relevo”**, un debate guiado y actividades.

DESARROLLO

En esta actividad, deberá realizar lo siguiente:

- Darles la bienvenida a los participantes.
- Presentar la capacitación.
- Analizar la logística y llegar a un acuerdo mutuo sobre las reglas básicas
- Revisar las generalidades y necesidades de la coordinación de la atención médica de transición.
 - Distribuir los materiales de referencia entre los participantes y pedirles que los revisen antes de comenzar con la capacitación.
 - Los materiales de la capacitación, incluidos las diapositivas, los apuntes y los materiales de referencia se pueden entregar en forma electrónica, si todos los participantes tienen acceso a una computadora portátil o tablet. Otra alternativa es imprimir los materiales y recopilarlos en carpetas por módulo. Los participantes deberán conservar los materiales durante toda la capacitación.
- Coloque las sillas alrededor de varias mesas (preferentemente redondas) y ubique a los participantes en grupos homogéneos.
- Adhiera hojas de rotafolios en las paredes junto a las mesas/secciones, una para cada grupo.

PRESENTACIONES:

Los presentadores y los participantes se presentan a sí mismos, a la organización que representan y explican su función en el proyecto. Se les pregunta a los participantes cuáles son sus expectativas de aprendizaje en esta capacitación (objetivos de los participantes de la capacitación, ver diapositiva 1).

INVOLUCRAR A LOS PARTICIPANTES

Seguir las instrucciones de cada unidad. En lugar de leer los ejemplos que aparecen en la diapositiva, invite a los participantes a hacer preguntas adecuadas (diapositiva 11) o contar sus experiencias anteriores respecto de la aplicación de principios de salud pública o trabajo social (diapositivas 10 y 11).

DEBATE GUIADO:

Como parte de la necesidad de ser pacientes y perseverantes (diapositiva 20), analice la "lista de deseos" de los clientes y cómo usar técnicas motivacionales para las entrevistas, los objetivos a corto y largo plazo y otras técnicas y herramientas para guiar el desarrollo de la lista de deseos de un cliente. Consulte el final de este módulo "Conclusiones" y revise los objetivos de capacitación colectivos de los participantes de la sesión. Los instructores revisarán todos los objetivos para determinar qué lecciones han sido tratadas y qué temas deberían abordarse en una sesión posterior.

APUNTES:

Pídales a los participantes que verifiquen las secciones a medida que usted revisa las diapositivas correspondientes y explíqueles que el resumen de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*, el manual de implementación y los capítulos 1 y 2 del manual ofrecen información detallada y refuerzan los conceptos clave y las estrategias de implementación.

Una vez finalizada la sesión, recopile todos los apuntes y materiales; si usa una pizarra blanca en lugar de hojas de rotafolios, tome una fotografía antes de borrar la pizarra.



Duración aproximada de la sesión.

Total: 90 minutos

Actividad para romper el hielo:

10 minutos

5 unidades / 20 diapositivas:

60 minutos

Debate guiado:

10 minutos

Conclusiones:

10 minutos

UNIDAD 1



Diapositiva 1: Facilitador N.º 1

Deles la bienvenida a los participantes.

Presentaciones

- Los presentadores y los participantes se presentan a sí mismos, a la organización que representan y explican su función en el proyecto.
- Explique los objetivos de la capacitación (del plan de la lección)
- Pídales a los participantes que compartan sus expectativas de aprendizaje en esta capacitación (los objetivos de capacitación de los participantes).

Facilitador N.º 2

Actividad: Desarrolle la actividad para romper el hielo

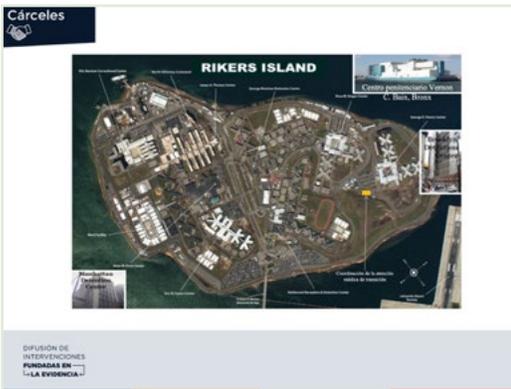
Actividad para romper el hielo: Como parte de la introducción, se escriben los objetivos de capacitación de los participantes en una hoja de rotafolios en blanco (preferentemente del tipo de notas autoadhesivas) o en una pizarra blanca.

Diapositiva 2: Facilitador N.º 1

Esta es una vista aérea de Rikers Island y de las demás cárceles de la ciudad de Nueva York.

- El objetivo es ofrecer una percepción visual del lugar dónde se inició la intervención *Coordinación de la atención médica de transición* y los complejos sistemas involucrados.
- El modelo conceptual para el modelo de la coordinación de la atención médica de transición fue creado en la ciudad de Nueva York como parte del proyecto “Cómo fortalecer la vinculación con la atención primaria y los servicios de las personas con el VIH en los ámbitos penitenciarios” (*EnhanceLink*) creado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS), la Administración de Recursos y Servicios de la Salud (HRSA), la Oficina del VIH/SIDA (HAB) y el Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS). Los ejemplos utilizados a lo largo del programa de capacitación se basan en la experiencia del equipo de New York.

Fuente: Jordan, AO. (2015) Linkages and Care Engagement: From NYC Jail to Comm unidadey Provider. Health Disparities Collaborative Webinar: Addressing Health Disparities Among Incarcerated and Recently Incarcerated Populations AIDS Education and Training Center / National Resource Center. <https://aidsetc.org/resource/health-disparities-collaborative-webinar-addressing-health-disparities-among-incarcerated>.



SERVICIOS SANITARIOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE NUEVA YORK

Panorama general	
Instalaciones	12 cárceles: 9 en Rikers Island (una cárcel para mujeres, una cárcel para adolescentes), 3 casas del distrito municipal y un centro hospitalario público para internaciones.
Población diaria promedio	10 800 aprox. (2014)
Admisiones anuales	40 000 (2014)
Liberaciones a la comunidad*	60 000 al año
Estadia promedio	media = 37 días; mediana = 7 días aprox.
Historia clínica electrónica (adoptada de 2008 a 2011)	Historias clínicas electrónicas, adaptadas a cada ámbito carcelario; plantillas para la gestión de la atención sanitaria. Interfaz unidireccional con el sistema de información para reclusos del Departamento de servicios correccionales de Nueva York (DOC)

*Liberaciones anuales según el informe de liberaciones emitido por el DOC de Nueva York, según el código postal CNY 14

Diapositiva 3: Facilitador N.º 1

- Como pueden ver en esta diapositiva, existen 12 centros penitenciarios: 9 en Rikers Island y 3 en la comunidad.
- Cuando observamos el promedio de estadías, debemos tener en cuenta que la ciudad de Nueva York tiene un sistema bimodal —imaginen un gráfico que representa a un camello con dos jorobas— lo que significa que ninguno representa el promedio.
- Más de la mitad de la población será liberada en una semana o antes.
- El hecho de contar con una historia clínica electrónica ha permitido compartir información y brindar atención sanitaria de manera ininterrumpida, a pesar de los frecuentes traslados entre los centros penitenciarios.

Cárceles ¿POR QUÉ LAS CÁRCELES?

Número de liberaciones a la comunidad desde las cárceles de Nueva York, según el código postal y el nivel socioeconómico durante 2014.

Más del 70 % de los reclusos liberados a la comunidad vuelve a las zonas de mayor desigualdad sanitaria y socioeconómica.

Jordan AD, Cohen UK, Hammon G, Teixeira FA, Chuabdo-Quinones J, Walters H. Transitional Care Coordination in New York City Jails: Facilitating Linkages to Care for People with HIV Returning Home from Rikers Island. AIDS Behav Oct 2013

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 4: Facilitador N.º 1

- ¿Por qué las cárceles? Estos datos nos muestran por qué la salud penitenciaria es una cuestión de salud pública.
- Cuando Tom Frieden (excomisionado del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York y exdirector del Centro de prevención y control de enfermedades) manifestó la necesidad de encontrar una solución para involucrar a las personas en la atención primaria después de ser liberados, dijo que, como epidemiólogo, dibujaría un gran círculo alrededor de Rikers Island para abordar las necesidades de salud pública de Nueva York.
- Según se puede leer en la diapositiva, más del 70% de las personas liberadas a la comunidad en Nueva York después de haber estado detenidas, regresan a las zonas con mayor inequidad socioeconómica y sanitaria. Esto no significa que las personas en estas comunidades cometen más delitos, sino que se trata de un sistema en el que las personas de bajos recursos en las comunidades de personas de color tienen más probabilidades de ser detenidas a causa de las desigualdades estructurales y otras inequidades sanitarias y socioeconómicas (lo que se conoce como racismo estructural).

Cárceles LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH LUEGO DE CUMPLIR SU CONDENA

"El barrio de Chelsea en Manhattan es la única excepción en la segmentación del diagnóstico del VIH y las comunidades": las personas regresan a este barrio después de haber estado detenidas —una zona donde residen principalmente varones blancos con relaciones homosexuales y con un nivel alto de ingresos.

N.º de reclusos liberados con VIH

1-526
6-818
9-1363
63-2982
63-2917

zonas residenciales

Jordan AD, Cohen UK, Hammon G, Teixeira FA, Chuabdo-Quinones J, Walters H. Transitional Care Coordination in New York City Jails: Facilitating Linkages to Care for People with HIV Returning Home from Rikers Island. AIDS Behav Dec 10 1007910461-012-0332-5

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 5: Facilitador N.º 1

- Para las personas que viven con el VIH, la segmentación descrita en la diapositiva anterior es la misma, excepto el barrio de Chelsea donde residen principalmente varones blancos con relaciones homosexuales (MSM, por sus siglas en inglés). Estas personas no suelen ser encarceladas, otro indicador de las inequidades sanitarias sistémicas.

Cárceles SERVICIOS SANITARIOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

- Los servicios sanitarios de los centros penitenciarios de Nueva York supervisan la atención médica de los reclusos en todas las cárceles de Nueva York.
- Objetivos: Mejorar la atención sanitaria de los reclusos, promover los derechos humanos y mejorar la salud pública.
- Los servicios sanitarios de los centros penitenciarios supervisan la atención médica en las cárceles con más de 78 000 consultas médicas por mes.
- Exámenes previos de detección de Medicaid: 6000
- Solicitudes de Medicaid: 1400
- Planificación para dar el alta: sobre la base de la población para los enfermos psiquiátricos (13 000); infectados con el VIH (2500); pacientes con riesgo elevado (1500)
- Todas las cárceles usan historias clínicas electrónicas

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 6: Facilitador N.º 1

- ¿Por qué enfocarnos en la atención sanitaria de los centros penitenciarios? Como parte del sistema de salud pública de la ciudad, los servicios sanitarios en los centros penitenciarios de la ciudad de Nueva York supervisan la atención médica en las cárceles y también responden a una misión más amplia de salud pública y derechos humanos, lo que promueve innovaciones y la integración entre las instituciones sanitarias de la comunidad y las cárceles.
- Piense cuáles son las entidades responsables en sus jurisdicciones. ¿Sus misiones son compatibles con la salud pública y los derechos humanos, además de la atención del paciente? ¿Cuáles podrían ser los motivos por los que las jurisdicciones locales contratan servicios sanitarios lucrativos para los centros penitenciarios?

Facilitador N.º 2

- Camine entre las mesas de los participantes. Guíe a los participantes indicándoles las secciones de referencia en el material entregado e identifique las preguntas para el debate guiado.

UNIDAD 2



Diapositiva 7: Facilitador N.º 1

Este es el modelo conceptual para la Coordinación de la atención médica de transición. Fue creado para abordar la continuidad de la atención del VIH en respuesta al anuncio de financiamiento de la iniciativa “Cómo fortalecer las vinculaciones con la atención primaria y los servicios sanitarios del VIH en los ámbitos penitenciarios” (*EnhanceLink*) por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HRSA), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), la Oficina del VIH/SIDA (HAB) y el Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS), y representa el resultado de la propuesta presentada por la ciudad de Nueva York y la manera en que se puso en práctica la propuesta final.

Cuando observe este modelo, piense en el recuadro de la izquierda como el sistema sanitario de la cárcel y el recuadro de la derecha, como el sistema sanitario de la comunidad. El modelo está diseñado para unir estos dos sistemas creando un puente entre ellos. Piense en el recuadro del medio como un gran abrazo que tiene consecuencias para los sistemas, los programas y las intervenciones individuales.

Piense en cuán “fríos, institucionales” o “afectuosos y amigables” son los sistemas carcelarios. En general, los sistemas penitenciarios de Estados Unidos son fríos e impersonales, con paredes de hormigón y alambre de púas. Algunas instituciones hospitalarias también pueden generar obstáculos entre las personas y los prestadores de atención sanitaria (por ejemplo, tener que darle una credencial de seguro médico a una persona a través de un cerramiento de vidrio antes de decir: “Hola. ¿Cómo estás?”) *[Pida otros ejemplos a los participantes / al Facilitador N.º 2]*

Estos sistemas suelen funcionar de manera independiente y sin tener en cuenta su repercusión en los demás sistemas. Por ejemplo, piense cuál podría ser el efecto de esposar a una persona en una fila de asientos unidos que espera ver a un médico en la cárcel, cuando un médico de un centro de salud de la comunidad le pide que se siente. *[Pida otros ejemplos a los participantes / al Facilitador N.º 2]*

El modelo de coordinación de la atención médica de transición facilita la coordinación y colaboración entre los sistemas tradicionales para promover una “transición colaborativa” en el ámbito de las personas, los sistemas y los programas.

Compare su sistema con este modelo y piense cómo este modelo puede facilitar el acceso a la atención sanitaria (es decir, ayudar a tener acceso a un seguro de salud, una vivienda y transporte).

Facilitador N.º 2:

Camine entre las mesas de los participantes. Guíe a los participantes indicándoles las secciones de referencia en el material entregado e identifique las preguntas para el debate guiado.

UNIDAD 3



COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN: DESCRIPCIÓN GENERAL

Conceptos clave:

- "transición colaborativa"
- "incorporación y liberación"
- "vinculaciones con la atención"
- "continuidad de la atención"

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 8: Facilitador N.º 1

- Estos conceptos clave explican los principios que sustentan las actividades llevadas a cabo como parte de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*. Estos marcos conceptuales se basan en los principios de trabajo social y los principios de salud pública.

Cárceles

TRANSICIÓN COLABORATIVA



- Un enfoque sobre las vinculaciones con la atención médica
- Aplica los principios de la asistencia social a las acciones de salud pública.
- Se utiliza para conectar a las personas con enfermedades crónicas, incluidos los infectados por el VIH, con la atención y los servicios sanitarios de la comunidad.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 9: Facilitador N.º 1

- Una transición colaborativa aplica los principios de la asistencia social a las prácticas de la salud pública. Este enfoque genera una oportunidad de participación más efectiva y ayuda a que más personas con afecciones crónicas no abandonen la atención sanitaria.

Cárceles

PRINCIPIOS DE ASISTENCIA SOCIAL APLICADOS

Comenzar donde está el cliente

- Averiguar cuáles son las prioridades del cliente.

Atender las necesidades básicas

- vivienda estable
- alimentación segura
- vestimenta

Brindar una atención afectuosa para reforzar un comportamiento positivo (en lugar de una atención fría, irascible)



DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 10: Facilitador N.º 1

- Los principios de la asistencia social aplicados a una transición colaborativa incluyen los fundamentos de comenzar donde se encuentra el cliente y atender las necesidades básicas. Como decía Maslow, alimentación adecuada, vestimenta y vivienda es lo primero.
- Demandar atención es una parte fundamental del comportamiento humano y del entorno social. Si al demandar atención de manera positiva, no se recibe a cambio una atención "afectuosa", las personas buscan una atención negativa ("fría, irascible").
- ¿Pueden dar ejemplos de objetos o acciones que les provoquen placer y felicidad (por ejemplo, cuando tocamos un muñeco de peluche) y de objetos o acciones que les causen rechazo y una sensación de frialdad (como tocar un erizo de mar)? [Pídales otros ejemplos a los participantes / al segundo facilitador]
- Cabe señalar que las personas que no reciben una atención positiva, como sucede con muchas de las que viven en instituciones (piense en las personas de los hogares de guarda que terminan en la cárcel), adquieren el patrón de buscar una atención negativa. Sin embargo, las personas que buscan atención negativa responden (incluso de manera positiva) ante una atención positiva (por ejemplo, una sonrisa, un gesto de cariño).

Cárceles PRINCIPIOS DE SALUD PÚBLICA APLICADOS



Haga preguntas adecuadas

- En lugar de preguntarle al cliente “¿Cuál es su dirección?”, pregúntele “¿Cómo puedo comunicarme con usted en la comunidad?”
- En lugar de preguntarle “¿Quién es su contacto de emergencia?”, pregúntele “¿Dónde debo enviar los resultados del laboratorio?”

Promueva el acceso a la atención médica y el reinicio de los tratamientos

- Seguro de salud
- Transporte
- Medicamentos

DIFFUSION DE INTERVENCIONES POSITIVAS EN...
— LA EVIDENCIA —

Diapositiva 11: Facilitador N.º 1

- Si le pregunta a un cliente que vive en la cárcel, “¿cuál es su dirección?”, es posible que le responda “tercero arriba” o que le pregunte si se refiere a la dirección del centro penitenciario o del centro donde se encuentra él (ella), o incluso puede decirle la dirección postal de la penitenciaría.
- Es posible que los clientes piensen que usted es parte del mismo sistema que los encarceló y que sus preguntas estén relacionadas con su libertad bajo palabra o libertad condicional.
- Trate de hacer preguntas adecuadas que le permitan obtener los datos que necesita, por ejemplo, “¿Cómo puedo comunicarme con usted para brindarle la información y los recursos que necesita luego de ser encarcelado?”
- Otra estrategia es preguntarle si tiene apoyo familiar y si llama a sus familiares en forma regular. Un cliente dijo: “Siempre llamo a mi mamá los domingos. Si usted la llama y le deja un mensaje, le devolveré el llamado”. *[Pídales a los participantes / al Facilitador N.º 2 que den ejemplos de estrategias.]*
- Pregúnteles cuándo y dónde podrían reunirse en la comunidad en lugar de decirles que los visitará en su domicilio en una fecha y un horario determinado. Es posible que quieran encontrarse con usted en otro lugar por razones personales. *[Según el tiempo restante, puede omitir esta parte si los participantes dieron otros ejemplos.]*
- En el caso de personas con condiciones de vivienda inestables, pídale reunirse en una institución del programa donde asisten habitualmente (por ejemplo, un comedor público, un club social o un centro de acogida). *[Según el tiempo restante, puede omitir esta parte si los participantes dieron otros ejemplos.]*
- Los clientes que cuentan con seguro médico pueden perder el acceso a los beneficios al ser encarcelados. La continuidad de los beneficios se puede gestionar durante la estadía en prisión. Por ejemplo, a pesar de que los servicios de atención médica suministrados en un ámbito penitenciario no se pueden facturar a Medicaid según la ley de Seguridad Social, desde la cárcel se pueden iniciar solicitudes de Medicaid, del Programa Ryan White de ayuda contra el VIH-sida, Parte B; y del Programa de asistencia para adquirir antirretrovirales (ADAP). El distrito local de asistencia social puede “suspender” en lugar de “rescindir” los beneficios, lo que facilita la programación de citas médicas en la comunidad después de ser liberados. Tenga en cuenta que los fondos del programa Ryan White, Parte A, se pueden usar para favorecer la coordinación de la atención médica de transición desde la cárcel a la comunidad.
- La ayuda con los traslados puede incluir la tarifa de transporte público o de un viaje en automóvil (por ejemplo, Uber y Lyft), así como también acompañamiento en el transporte público para facilitar el acceso a la atención médica y los tratamientos. La disponibilidad del transporte público, así como el lugar y los horarios en que el cliente es liberado en la comunidad desde la cárcel, también pueden afectar el acceso de los clientes al transporte.

Cárceles

INCORPORACIÓN Y LIBERACIÓN SIMULTÁNEAS

- **Párese y salude al paciente con una sonrisa cálida y un apretón de manos***
- **Hágale preguntas abiertas**
 - Considere ofrecer incentivos para lograr incorporarlos
 - Ayuda con los servicios de transporte
 - Prendas de vestir
 - Tarjetas de regalos o comidas
 - Depósito de efectivo
- **Fídale al cliente que escriba una lista de deseos en una hoja de papel en blanco**
 - Método de reducción de daños
 - Atención con conocimiento de la situación traumática
 - Apoyo psicológico en casos de crisis
- **Planifique para ambas posibilidades: Si el cliente se queda o se va**
 - Programe una cita de seguimiento y celebre cada sesión como si fuese la última

* Consulte con su sistema carcelario; en las cárceles de Nueva York esto es parte de los protocolos médicos.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 12: Facilitador N.º 1

- En las instituciones donde se estudia asistencia social se enseña que se necesitan 6 semanas para finalizar una relación terapéutica; en el caso de las personas detenidas en cárceles locales, no se puede predecir cuánto tiempo estarán presas. ¿Cómo se puede solucionar este problema?
- ¡La incorporación y la liberación del cliente el mismo día equivalen a los Juegos Olímpicos de la asistencia social!
- **Plan para ambas posibilidades:** 1) el cliente permanecerá en la cárcel y se reunirá con usted en la próxima cita (en una semana aproximadamente) o 2) regresará a la comunidad.
- En cada sesión necesitará dos planes: uno para los clientes que permanecerán presos y otro para los que serán liberados.
- Es posible que se necesite una intervención para casos de crisis con entrevistas motivacionales.
- Podría ser de ayuda intentar obtener autorización para comunicarse con el abogado defensor del cliente. Si bien la mayoría de las personas detenidas en las cárceles esperan que algún ser querido pague la fianza, la sobrecarga de los sistemas judiciales puede exigir varias comparecencias antes de que se resuelva el caso.

Facilitador N.º 2:

- Camine entre las mesas de los participantes. Guíe a los participantes indicándoles las secciones de referencia en el material entregado e identifique las preguntas para el debate guiado.

UNIDAD 4



Cárceles

ELIMINAR OBSTÁCULOS



- **Abordar las necesidades básicas (alimentación, vestimenta, vivienda)**
- **Centrarse en la vinculación con la atención primaria después de la liberación**
- **Crear un único punto de responsabilidad**
- **Usar historias clínicas electrónicas / intercambio de información sanitaria**

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 13: Facilitador N.º 2

- **Este modelo puede reducirse a dos principios básicos:** 1) eliminar obstáculos y 2) establecer relaciones. Los obstáculos existen en todos los ámbitos: sistemático, organizativo e individual.
- En cada sesión, pregunte al cliente sobre sus necesidades básicas (es decir, alimentación, vestimenta y vivienda) y la vinculación con la atención primaria y el tratamiento continuo en la comunidad. Si el cliente regresara a la comunidad el mismo día de la sesión, usted debe asegurarse de que tenga un lugar donde alojarse, que consiga los medicamentos para ese día y que vea a un médico en una semana.
- Nuestros clientes tienen a su disposición muchos programas y sistemas. La coordinación de la atención suele ser necesaria para coordinar la atención del cliente y ayudarlo a realizar una planificación diaria, incluido el transporte y otros temas para sobrellevar la primera semana después de haber sido liberado.
- El intercambio de información entre los sistemas puede ayudar a eliminar los obstáculos que afectan la continuidad de la atención y el tratamiento. Tenga en cuenta las historias clínicas electrónicas y los sistemas compartidos como formas de favorecer la continuidad de la atención.

Cárceles ESTABLECER RELACIONES

- Sonreír
- Primero escuchar, luego hacer preguntas adecuadas
- Comenzar donde pueda
- Fijar objetivos realistas
- Generar confianza
 - Comenzar con batallas que se puedan ganar
 - Ofrecer



¡Espere dar más de lo que recibe!

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES PENITENCIARIAS EN...
— LA EVIDENCIA —

Diapositiva 14: Facilitador N.º 2

- Establecer relaciones y mantenerlas en cada uno de los niveles ayuda a facilitar las transiciones y el acceso a la atención médica. Consulte el recuadro en la página 11 del capítulo 2 del Manual de herramientas y recomendaciones

Establecer relaciones en todos los niveles.

En el entorno penitenciario:

- Salude con una sonrisa cálida y un apretón de manos.
- Conozca la cadena de mando, incluidas las funciones formales e informales.
- Primero escuche, luego haga preguntas clave, por ejemplo:
 - ¿Cómo están las cosas ahora?
 - ¿Que necesita?
 - ¿Me puede ayudar?
- Identifique a un responsable clínico de este trabajo dentro de la administración penitenciaria.
- Sea claro y establezca objetivos realistas, cuantificables y posibles.
- Identifique el beneficio que le brinda a la cárcel y al personal penitenciario (por ejemplo, deficiencias del servicio que usted puede cubrir, programas centrados en reducir la violencia).
- Comience donde pueda.
- Reconozca el trabajo adicional del personal penitenciario (por ejemplo, cuando actúan de acompañantes, brindan servicio de transporte y garantizan la seguridad de su personal).
- Genere confianza de la siguiente manera:
 - Comience con batallas que se puedan ganar
 - Comparta al menos cinco mensajes positivos antes de decir uno negativo
 - Prepare a los clientes para lograr sus objetivos
 - Establezca expectativas claras y cúmplalas
- Demuestre que usted es una persona accesible
 - Visite seguido a su cliente para convertirse en un rostro familiar
 - Sepa a quién debe contactar para tener acceso a la cárcel, para recibir capacitación sobre temas de seguridad y tener un lugar en la cárcel para entrevistar a los clientes.
- Unifique las expectativas con las habilidades.
- Reconozca que usted es un visitante en la cárcel y respete las políticas y los procedimientos vigentes.
- Espere dar más de lo que recibe.
- Solicite la opinión de los directores penitenciarios como una estrategia para asegurar su aceptación y abrir vías de comunicación.

Facilitador N.º 1:

- Camine entre las mesas de los participantes. Guíe a los participantes indicándoles las secciones de referencia en el material entregado e identifique las preguntas para el debate guiado. Identifique a un voluntario entre los participantes para que lea el capítulo 3 del Manual de herramientas y recomendaciones, la sección Planificación de programas, en la parte superior de la página 18.

Voluntario:

“Presentar el programa a la comunidad: Es igualmente importante establecer relaciones con los proveedores de la comunidad que recibirán a sus clientes. Por ejemplo, centros de atención ambulatoria, hospitales, centros de cuidados paliativos, programas de rehabilitación por consumo de drogas y residencias para adultos. Programe visitarlos para presentarse y presentar el modelo de atención continua. Ofrezca visitas a la institución, luego de obtener los permisos de parte de los directivos del centro penitenciario para que los prestadores sanitarios de la comunidad se familiaricen con el modelo, la secuencia del trabajo y el personal. Deles la oportunidad de que presenten su programa al personal. Esto ayuda a que todos se conozcan entre sí y que se familiaricen con los respectivos programas. Además, lo ayuda a contar con una lista muy valiosa de recursos”.

Cárceles **ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN**

- **Identificar la población** – usar historias médicas electrónicas
- **Involucrar al cliente** – acceder a las áreas de viviendas
- **Realizar la evaluación** – la herramienta universal
- **Coordinar un plan posterior a la liberación** – Atención primaria, organizaciones de servicio social, tribunales, abogados, proveedores de tratamientos
- **Evaluación de diagnóstico para el seguro médico / las prestaciones sanitarias**
- **Continuidad de la medicación** – medicamentos al alta por 7 días + recetas
- **Promover la continuidad de la atención médica.**
 - Transferir resúmenes / usar RHIOs / ePaces
 - Programar citas / consultas sin cita previa
 - Organizar el servicio de transporte / acompañamiento

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 15: Facilitador N.º 2

Todos estos servicios y procesos lo ayudan a favorecer una “transición colaborativa” en términos del cliente, el programa y los sistemas. Ejemplos de algunas de las herramientas y consejos:

- ¿Las historias clínicas electrónicas ayudan a identificar a los clientes, o quizá el centro de salud de la cárcel tiene un registro?
- Analice junto al personal del penitenciario las maneras de saludar y hacer participar a su cliente.
- Reúnase con los socios de la comunidad para optimizar la secuencia del trabajo.
- Trabaje junto con prestadores sanitarios, defensores y proveedores de viviendas para crear una red de atención.
- Cree procesos y haga las gestiones necesarias para que el cliente se sienta respaldado durante todo el proceso.

Cárceles **VINCULACIONES Y MANTENIMIENTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

- **Junto con la atención médica primaria, los clientes de Nueva York estuvieron vinculados con lo siguiente:**
 - Coordinación asistencial médica (53 %)
 - Tratamiento por consumo de sustancias (52 %)
 - Servicios de vivienda (29 %)
 - Asesoría legal (18 %)
- **Familia sustituta: El 65 % recibió acompañamiento / servicios de transporte a la cita médica.**
- **Programa de alcance comunitario para la incorporación de clientes: El 85 % fue contactado a través del equipo de alcance comunitario; el 30 % eran reclusos**

“La institución asociada de la comunidad ideal es la que ofrece un modelo ‘integral’ de atención coordinada en el que la atención médica primaria está vinculada con la coordinación asistencial, la asistencia para la búsqueda de viviendas, los tratamientos médicos por el consumo de sustancias y tratamientos psíquicos, y servicios sociales y de apoyo en la búsqueda de empleo”.

Informe sobre la política EnhanceLink, vol. 1 N.º 4, Invierno 2010 ‘Enhancing Linkages to HIV Primary Care and Services in Jail Settings Initiative: Transitional Care Coordination – From Incarceration to the Community.’ <http://www.chip.sph.emory.edu/EnhanceLink/index.html>

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 16: Facilitador N.º 2

- Las organizaciones que ofrecen servicios de reinserción en la sociedad, como *The Fortune Society*, ofrecen programas y servicios para los clientes, dentro y fuera de la cárcel, que actúan como familias sustitutas. La orientación y el acompañamiento del paciente, los servicios sin juicios de valor, el tratamiento y el lenguaje que prioriza a las personas forman parte de una incorporación apropiada de clientes en términos culturales.
- No hay salud sin vivienda.
- Siempre que sea posible, programe la primera cita en un lugar donde se puedan satisfacer todas las necesidades de servicio (es decir, un modelo de atención “integral”). Luego de esa primera cita, el sistema de la institución asociada de la comunidad estará allí para comenzar a poner en práctica las etapas del proceso.
- Lleve a cabo actividades de alcance comunitario para incorporar clientes. Se recomienda contratar personas que han estado en prisión o que han trabajado con sus clientes.

Cárceles **IMPLEMENTACIÓN**

¡Espere lo inesperado!

En términos del cliente:

- Comience donde está el cliente: modelo de reducción de daños
- Un plan para ambas opciones: Si el cliente se queda o se va

En términos del programa:

- Contrate personas a quienes les interesa el programa, responsables en materia de seguridad, conscientes de las diferencias culturales y bilingües
- Capacite al personal: Entrevistas motivacionales
- Acuerdos con socios

En términos del sistema:

- Haga un seguimiento de los resultados
- Organice servicios de transición
- Trabaje junto con centros de salud de la comunidad; horarios de atención sin citas programadas

DIFFUSION DE INTERVENCIONES PROGRAMADAS EN LA EVIDENCIA

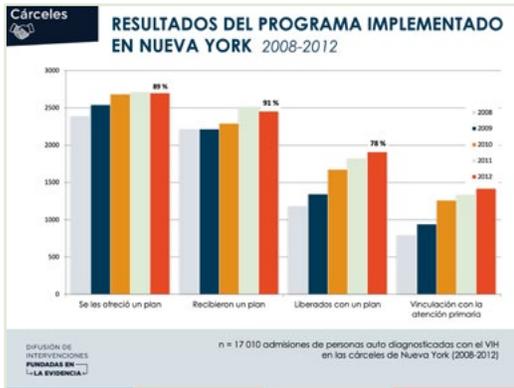
Diapositiva 17: Facilitador N.º 2

- **En el ámbito del cliente:** Demuestre que usted se preocupa; realice cada sesión como si fuera la última.
- **En el ámbito del programa:** Contrate personal que se preocupa y forme un equipo con personas capaces de elaborar informes y establecer relaciones con organizaciones asociadas.
- **En el ámbito del sistema:** Trabaje para eliminar obstáculos (por ejemplo, tener que solicitarle al cliente una credencial de seguro médico antes de decirle "Hola, ¿cómo está?").
- La orientación y el acompañamiento del paciente ayudan a que el cliente conozca el programa; cuando están juntos, usted visita al cliente, no es lo mismo que tener que esperar una cita programada.
- Los horarios de atención sin citas programadas, los servicios sin espera y los lugares de reunión acondicionados para que se asemejen a una sala de estar, además de la orientación y el acompañamiento del paciente, ayudan a crear una transición colaborativa. Al igual que en la Mansión Embrujada de Disney o en las atracciones de Harry Potter en Universal, donde se entretiene al público antes del evento principal (el paseo), los centros de salud ofrecen servicios a los clientes (por ejemplo, control de su IMC, grupos que ofrecen educación sanitaria, análisis) antes de tener la cita con el proveedor de atención primaria. [Si tiene tiempo, pida más ejemplos]
- La implementación del modelo de coordinación de la atención médica de transición debe producirse en el ámbito de las personas (micro) con los clientes, en el ámbito de los programas (intermedio) y en el ámbito del sistema (macro), incluidos los distintos sistemas, un seguimiento del nivel de participación de los clientes en la atención médica, planificación del alta mientras el cliente está en la cárcel y el regreso a la comunidad, y vinculaciones con la atención médica luego de ser liberados.
- Dados los diversos cambios que se necesitan en diferentes niveles de múltiples sistemas, se necesita la capacidad de esperar lo inesperado y planificar para poder trabajar de manera fluida dentro de un marco específico. Establezca una base sólida y es posible que deba ajustar su plan de acción (por ej., intervenciones en casos de crisis) según las oportunidades y los desafíos que surjan en un día determinado.

Facilitador N.º 1:

- Unifique los elementos de la "Lista de deseos"
- Prepárese para las "Conclusiones"
- Camine entre las mesas de los participantes
- Guíe a los participantes indicándoles las secciones de referencia en el material entregado

UNIDAD 5



Diapositiva 18: Facilitador N.º 2

Lleve un registro mensual de los indicadores clave en cada etapa fundamental: Cantidad de clientes identificados como elegibles a los que se les ofreció la intervención, que aceptaron el ofrecimiento, que regresaron a la comunidad y que se vincularon con la atención médica después de ser liberados. En el último año del proyecto EnhanceLink, NYC llegó a las siguientes conclusiones:

- A casi el 90 % de los identificados se les ofreció un plan
- Más del 90 % recibieron un plan
- Casi el 80 % de los que recibieron un plan fueron liberados a la comunidad
- El 74 % de los clientes liberados a la comunidad fueron vinculados a la atención médica (más de 1400 en 2012)

La utilización de los promedios anteriores ayudó a identificar las brechas y los obstáculos, así como también los logros y los facilitadores:

- Durante un mes, Nueva York observó una caída significativa en la aceptación de los ofrecimientos. Después de reunirse con el personal, los directivos descubrieron que se había implementado un formulario que causaba "rechazo". El equipo eliminó el formulario y los porcentajes de aceptación volvieron a superar el 90 %.
- Suponemos que los servicios de enlace con los tribunales contribuyeron a un aumento en la tasa de reclusos liberados, que aumentó en un 20 %.

Fuente: Jordan, AO (2018) The NYC Experience: SPNS Enhancing Linkages: The Finale.

Cárceles RESULTADOS DE LA INICIATIVA IMPLEMENTADA EN LAS CÁRCELES POR EL SPNS Desde 6 meses anteriores a la detención hasta 6 meses posteriores a la liberación

Indicador	Nueva York	Todas las instituciones
Atención médica		
CD 4 (media)	↑ (372 a 439)	↑ (416 a 439)
Carga viral (media)	↓ (52 313 a 14 944)	↓ (39 642 a 15 607)
Carga viral indetectable	↑ (31 % a 22 %)	↑ (9,9 % a 21,1 %)
Incorporación a la atención médica		
N.º de personas en TAR	↑ (62 % a 98 %)	↑ (57 % a 89 %)
Cumplimiento del TAR	↑ (86 % a 95 %)	↑ (68 % a 90 %)
Cantidad de visitas al servicio de emergencias	↓ (60 a 2)	↓ (1,1 a 59)
Necesidades básicas		
Personas sin hogar	↓ (23 % a 4,5 %)	↓ (36,2 % a 19,2 %)
Personas que padecen hambre	↓ (20,5 % a 1,75 %)	↓ (37,4 % a 14,1 %)

— LA EVIDENCIA —

Diapositiva 19: Facilitador N.º 2

Todas las instituciones que participaron en el proyecto EnhanceLink comprobaron que los resultados clínicos iban en la dirección correcta.

También se demostró que para llegar a la cita con el médico, primero se debían satisfacer las necesidades básicas de las personas. Después de abordar las necesidades básicas de vivienda, alimentación y vestimenta, junto con la atención médica a largo plazo, las instituciones a cargo del programa EnhanceLink también observaron una disminución en los casos de personas sin hogar, que padecen hambre y de consultas al servicio de emergencia.

También se compararon los resultados clínicos de los participantes que completaron la encuesta de referencia, pero no la encuesta de seguimiento de 6 meses. Como con la mayoría de los estudios, no se sabe cuánto se desconoce. Sin embargo, se tuvo acceso a los datos de seguimiento y se analizaron. Según este análisis, se observaron mejoras clínicas similares en aquellas personas que no completaron la encuesta de seguimiento, frente a las personas que sí la completaron (consulte Teixeira et al. citados en la página 5).

Fuente: Lincoln T, Desabrais M, Simon D, Jordan A, Cruzado-Quinones J, Teixeira PA. (2013). Jail Linkages: Two Evidence-Based Approaches to Linkages to Care in the Comm unidadey, Continuity of Care Models from Baystate MC and NYC Health. National Commission on Correctional Health Care National Conference.



Diapositiva 20: Facilitador N.º 2

En el año 8 d.C., el poeta romano Ovidio expresó: “La gota horada la piedra, no por la fuerza sino por la constancia”.

Promueva un debate sobre las metodologías para lograr una implementación exitosa del programa, incluida la necesidad de ser paciente y constante. Analice el proceso de desarrollar la “Lista de deseos” del cliente como una herramienta básica para guiar y desarrollar un plan para los servicios o el alta médica.

Antes de hacer la evaluación de admisión en la primera visita al cliente, deje los formularios a un lado por un momento. Dele al cliente una hoja de papel en blanco y pídale que escriba cuáles son sus deseos después de salir de la cárcel. Una vez que el cliente haya compartido esto con usted, puede proceder a completar los formularios de admisión. Esta estrategia puede ayudarlo a generar confianza en el cliente. También puede ayudar a garantizar que los objetivos de la evaluación de admisión y del plan de atención de transición responden a las necesidades de los clientes (en lugar de lo que un proveedor de servicios puede desear para el cliente).

En el momento de hacer la evaluación de admisión, pregúntese lo siguiente: ¿Esto se trata solo de completar un formulario en la computadora? ¿Escucha antes de hablar?

Facilitador N.º 1

Debate guiado:

Evalúe el conocimiento / la necesidad de los participantes sobre las técnicas de entrevistas motivacionales, la fijación de objetivos de corto y largo plazo, y otras herramientas y técnicas para guiar y dar forma a un plan de atención médica de transición basado en la “Lista de deseos” del cliente.

Transición para revisar los objetivos de capacitación de los participantes a partir de la actividad para romper el hielo como parte de la conclusión de la sesión. La revisión de los objetivos de los participantes incluirá un resumen del material que ya ha sido cubierto y el material que será analizado en las siguientes sesiones.

CIERRE

Posteriormente, demostraremos cómo evaluar las funciones del sistema y comparar los sistemas actuales y los propuestos para el modelo de coordinación de la atención médica de transición.



Módulo 2 :

Capacitación en la evaluación funcional: Representación / evaluación de la secuencia

Temas abordados: Las representaciones de los sistemas involucrados, la representación visual de la coordinación de la atención médica de transición, los cinco elementos fundamentales de este modelo, las herramientas para la evaluación funcional y para fijar objetivos.

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Entender los conceptos básicos del modelo de coordinación de la atención médica de transición y los elementos fundamentales de la intervención.
- Analizar cómo la intervención se interrelaciona con todos los sistemas para facilitar una transición colaborativa entre la cárcel y la atención primaria del VIH en la comunidad.
- Saber cómo usar la herramienta de evaluación funcional. Este es un requisito previo para comenzar con la intervención. Esta herramienta ayuda a las organizaciones / entidades que desean implementar el modelo de la coordinación de la atención médica de transición a determinar si la intervención es una opción adecuada para su ámbito local.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT



HOJAS DE ROTAFOLIOS



APUNTES

- Herramienta de evaluación funcional (diapositiva 4), una por participante (impresa o digital)
- Herramienta para fijar objetivos (diapositiva 5), una por participante (impresa o digital)



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación de la coordinación de atención médica de transición: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/jails>
- Jordan AO, Cruzado, J et al, Transitional Care Coordination in NYC Jails: Facilitating Linkages to Care for People with HIV Returning Home from Rikers Island. AIDS and Behavior, 2012.

DESARROLLO

EXPOSICIÓN:

El facilitador N.º 1 realizará una exposición breve sobre el modelo de la coordinación de la atención médica de transición, los elementos fundamentales y las herramientas para la evaluación funcional y para fijar los objetivos. Estas herramientas permiten a los participantes revisar los cinco elementos fundamentales de la intervención y las actividades necesarias relacionadas con cada elemento fundamental. Las actividades enumeradas son necesarias para garantizar una implementación fluida de la intervención y una prestación de servicios de calidad superior a los clientes durante la detención y después de ser liberados. La evaluación funcional no se completará durante este módulo, solo será presentada, de manera tal que los participantes puedan finalizarla una vez que hayan recibido la capacitación sobre los elementos fundamentales de la intervención. Los participantes deben reflexionar sobre su sistema usando las herramientas como guías a través de todos los módulos de capacitación y durante las pausas para estar en condiciones de completar la herramienta de evaluación funcional en el Módulo 5.

APUNTES:

Las diapositivas 4 y 5 se utilizarán como hojas de ejercicios. Pídales a los participantes que verifiquen los materiales de referencia a medida que usted revisa las secciones pertinentes de las diapositivas. Explíqueles a los participantes que deben tener las hojas de ejercicios a mano ya que deberán completarse más adelante en el Módulo 5.

Palabras y frases clave

- Evaluación funcional
- Fijación de objetivos
- Evaluación de las necesidades
- Normas asistenciales de la comunidad
- Plan de atención médica de transición
- Transición colaborativa
- Transición a los tratamientos habituales



Duración aproximada de la sesión.

Total: 10 minutos

- 2 unidades / 5 diapositivas:
10 minutos



Modalidad de instrucción

Esta es una exposición breve.

UNIDAD 1



Diapositiva 1: Facilitador N.º 1

Este diagrama representa el modelo de la intervención. A la izquierda y a la derecha se pueden ver las representaciones de los grandes sistemas e instituciones involucrados. Esto incluye los sistemas penitenciarios a la izquierda y los sistemas sanitarios de la comunidad a la derecha. El círculo en el medio es el modelo de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*.

Los objetivos generales de cada sistema se escriben dentro de las figuras azules: prepararse para la excarcelación mientras está en la cárcel, transición a los tratamientos habituales como resultado de la intervención, y vinculación con la comunidad y seguimiento luego de la transición a los tratamientos habituales en la comunidad.

Las flechas representan los métodos utilizados para ayudar a los clientes a medida que son transferidos de un sistema institucional al otro.



Diapositiva 2: Facilitador N.º 1

Esta es un descripción más detallada del modelo de coordinación de la atención médica de transición con cada uno de los **5 ELEMENTOS FUNDAMENTALES** de la intervención en color VERDE Como pueden ver, se deben tomar medidas para identificar a las personas que viven con el VIH en la cárcel antes del **PRIMER CONTACTO CON EL CLIENTE**.

Antes de desarrollar el **PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN**, los coordinadores de atención médica deben realizar una evaluación de ingreso en el ámbito penitenciario. Luego, se deben completar las solicitudes para recibir los beneficios del programa Ryan White de ayuda contra el VIH-sida, del programa de asistencia para adquirir antirretrovirales u otros seguros de salud y, además, se deben mantener conversaciones con los clientes sobre la educación sanitaria y la reducción del riesgo durante su permanencia en la cárcel.

Luego se puede desarrollar un plan de atención médica de transición. Un plan de este tipo aborda las necesidades inmediatas identificadas por el cliente y también los obstáculos identificados por este último para tener acceso a la atención médica luego de haber estado en prisión. En el Manual de implementación se puede consultar un ejemplo de formato de un plan de atención médica de transición. Para implementar el plan, es posible que deba usar un funcionario de enlace con los tribunales; identificar los recursos de la comunidad, incluidos los necesarios para afrontar las necesidades de supervivencia (por ejemplo, vivienda, alimentos y vestimenta) y las necesidades básicas (ingresos, un propósito y respaldo social); así como también las necesidades de una intervención anticipada en momentos de crisis (tales como carencia de necesidades básicas, casos de violencia doméstica, sobredosis y prevención de suicidios).

La continuidad del tratamiento con medicamentos para el VIH es esencial para **FAVORECER UNA TRANSICIÓN COLABORATIVA** y alcanzar / mantener una carga viral inhibida. Luego de la excarcelación, lo ideal es ofrecerle al cliente un suministro de medicamentos para 7 días, con una receta con suministro máximo de medicamentos para 30 días. El servicio médico penitenciario debería ser el encargado de recetar estos medicamentos. Se debe programar una cita con un médico de la comunidad lo antes posible para continuar con la atención médica y el tratamiento luego de la excarcelación, preferentemente en un período de 7 días, con un plazo máximo de 30 días posteriores a la excarcelación. Orientar al paciente y ayudarlo con el servicio de transporte para concurrir a las primeras citas de atención primaria del VIH, luego de su liberación, son algunas de las

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 2: Continuación

estrategias necesarias para lograr una transición colaborativa y para respaldar a los clientes a medida que son transferidos del sistema carcelario al sistema sanitario de la comunidad. (En el Manual de implementación puede consultar las definiciones).

Los coordinadores de la atención médica deben registrar los vínculos con la atención primaria del VIH y verificar las conexiones con otros prestadores de servicios sanitarios incluidos en el **PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN**.

Luego los coordinadores de atención médica deben realizar un **SEGUIMIENTO CENTRADO EN EL CLIENTE DURANTE 90 DÍAS LUEGO DE FINALIZAR EL PERÍODO DE DETENCIÓN**. Esto incluye servicios de respaldo en las primeras semanas y días críticos luego de cumplir su condena (por ejemplo, alimentos, prendas de vestir, lugar en un centro de acogida, transporte, ayuda con el tratamiento, educación sanitaria, vivienda, empleo y orientación del paciente). Implementar y registrar cambios en la evaluación de ingreso y el plan de atención médica de transición llevando a cabo una nueva evaluación o una actualización del plan de atención médica de transición luego de su estadía en prisión y, en lo sucesivo, de manera periódica. Deberá comenzar con el proceso de cierre del caso al menos 45 días luego de la excarcelación del cliente y programar una reunión con este último y el coordinador asistencial/ equipo de atención médica a cargo de los tratamientos habituales, a fin de facilitar la transición durante un plazo de 90 días posteriores a la excarcelación. Los tratamientos habituales de la comunidad incluyen la **COORDINACIÓN ASISTENCIAL MÉDICA CONTINUA PASADOS 90 DÍAS DE VINCULACIÓN CON LA ATENCIÓN**.

Es importante resaltar que la transición a los tratamientos habituales de la comunidad puede demorarse debido a un arresto / encarcelamiento u otro problema con el sistema de justicia penal, así como también crisis posteriores. La supervisión asistencial es necesaria para abordar los desafíos que supone la transferencia de un cliente a los tratamientos habituales de la comunidad.

UNIDAD 2 

Cárceles **MODELO DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN**
Instrucciones para la evaluación funcional:

- **Evaluar las funciones y responsabilidades para cada actividad relacionada con los 5 ELEMENTOS FUNDAMENTALES.** Cada actividad se indica en azul y cada elemento central se indica en verde.
- **Determinar qué organización realizará cada una de las actividades.** Cambiar el color de las letras en cada actividad enumerada usando la Herramienta para la evaluación funcional a fin de reflejar lo siguiente:
 - **Institución donde se imparte la intervención**
 - Instituciones asociadas donde se imparte la intervención
 - Tratamientos habituales de la comunidad
 - Por determinar
- **Identificar las deficiencias, así como también las inconsistencias y las modificaciones estratégicas que pueden facilitar lo siguiente:**
 - Inicio
 - Integración del modelo
 - Mantenimiento del modelo
- **Usar la herramienta para fijar objetivos a fin de reflejar los cambios o las actualizaciones necesarios para la implementación**

DISUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDAMENTALES EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 3: Facilitador N.º 1

Revise brevemente estas instrucciones para que los participantes se familiaricen con el tema y puedan volver a consultar estos datos cuando se analice el Módulo 5: Use la **Herramienta para la evaluación funcional** (diapositiva 4) para cambiar el color de letra en cada función relacionada con los **5 ELEMENTOS FUNDAMENTALES**. (Los **ELEMENTOS FUNDAMENTALES** quedan en color verde).

Puede distribuir las versiones digitales de las diapositivas 4 y 5 entre los participantes usando computadoras portátiles o distribuir copias impresas de las diapositivas 4 y 5 junto con lápices / bolígrafos de colores.

Los participantes deben cambiar (o resaltar) el color de las letras según las siguientes definiciones:

- **Institución donde se imparte la intervención:** Organización con la mayor responsabilidad en la implementación del modelo de la coordinación de la atención médica de transición.
- **Instituciones asociadas donde se imparte la intervención:** Las organizaciones con responsabilidades secundarias respecto de la implementación del modelo de la coordinación de la atención médica de transición (por ejemplo, los funcionarios del Departamento penitenciario a cargo de acompañar a los pacientes a los centros de salud penitenciarios, el equipo sanitario de los centros penitenciarios que realizan las pruebas de detección

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 3: Continuación

del VIH, el programa del servicio de reincorporación a la comunidad que ofrece la orientación del paciente / coordinación asistencial una vez liberado de la cárcel).

- **Tratamientos habituales de la comunidad:** Los centros de atención del Programa Ryan White de ayuda contra el sida, los centros de salud autorizados por el gobierno federal que trabajan con coordinadores asistenciales del programa Ryan White, Parte A y otros sistemas de servicios que brindan tratamiento y atención primaria del VIH con una coordinación asistencial médica o no médica.
- **Por determinar:** Funciones para las cuales la disponibilidad de los servicios enumerados es indeterminada, desconocida o no está disponible.

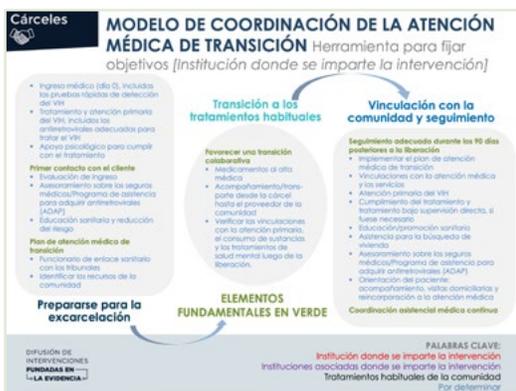
Use la Herramienta para fijar objetivos (en la diapositiva 5) para reconfigurar el sistema actual (Herramienta para la evaluación funcional completa en la diapositiva 4) a fin de identificar una entidad para todas las funciones enumeradas. Esto lo ayudará a determinar las negociaciones que se deben llevar a cabo dentro o fuera de su organización para garantizar que se pueda identificar una persona responsable para realizar todas las actividades necesarias.

Nota: A fin de implementar el modelo de la coordinación de la atención médica de transición, se necesitarán todas las funciones enumeradas. Luego identifique las instituciones donde se imparte la intervención, las instituciones asociadas y actualice / mejore los servicios de los tratamientos habituales para contar con la infraestructura necesaria a fin de implementar la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*.



Diapositiva 4: Facilitador N.º 1

Use esta diapositiva como su "HERRAMIENTA PARA LA EVALUACIÓN FUNCIONAL" siguiendo las instrucciones de la diapositiva 3.



Diapositiva 5: Facilitador N.º 1

Use esta diapositiva como su "HERRAMIENTA PARA FIJAR OBJETIVOS" siguiendo las instrucciones de la diapositiva 3.

CIERRE

"Ahora que conocen la herramienta de evaluación funcional, hablaremos sobre la cultura de los centros penitenciarios. Entender la cultura de los centros penitenciarios les permitirá prever los desafíos y las estrategias que pueden surgir dentro del sistema. Una vez que conozcan los principios básicos y las ideas de la intervención Coordinación de la atención médica de transición y del trabajo en los sistemas penitenciarios, volveremos a analizar la herramienta de la evaluación funcional".



Módulo 3 :

Cultura de los centros penitenciarios: Coordinación de la atención médica de transición en un ámbito no tradicional

Temas abordados: Cómo establecer relaciones y trabajar en un ámbito penitenciario a fin de implementar la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Entender la cadena de mandos
- Desarrollar estrategias de comunicación y habilidades esenciales para establecer relaciones con los centros penitenciarios.
- Identificar los protocolos y las normas de seguridad en la cárcel, así como también las estrategias para estar seguros en instalaciones seguras.
- Negociar con el personal de los centros penitenciarios.

Palabras y frases clave

- *Establecer relaciones*
- *Cadena de mando*
- *Seguridad*
- *Operaciones tácticas de requisa*
- *Recuento*
- *Nuevo recuento*
- *Contrabando*
- *Cierre de emergencia*

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Cruzado-Quinones, J, Jordan, AO, ét. al. Tool + Tips for Providing Transitional Care Coordination Handbook (página 11 y Anexo- Guidelines for Working in NYC Jails and Operations Order: Condom Distribution Policy). [https:// targethiv.org/ihip/ tools-tips-providing-transitional-care- coordination](https://targethiv.org/ihip/tools-tips-providing-transitional-care-coordination)
- Cruzado-Quinones, J. Presentación: "Jail Linkages Initiative, NYC Demonstration Site"
- Cruzado-Quinones, J, Jordan, AO, ét. al. Tool + Tips for Providing Transitional Care Coordination Handbook (página 11, capítulo 2). <https://targethiv.org/ihip/tools-tips- providing- transitional-care-coordination>
- Cruzado-Quinones, J, Jordan, AO, ét. al. Tool + Tips for Providing Transitional Care Coordination Handbook (página 39, capítulo 7). <https://targethiv.org/ihip/tools-tips- providing- transitional-care-coordination>

DESARROLLO

DEBATE GUIADO:

Los facilitadores analizarán las diapositivas 1 a 7, centradas en explicar la cadena de mando dentro de un centro penitenciario. Sobre la base de esta estructura, los facilitadores también analizarán los conceptos y las estrategias para establecer relaciones con el personal clave.

Luego los facilitadores analizarán las diapositivas 8 a 14, que ofrecen una perspectiva general de los problemas de seguridad dentro de un centro penitenciario. Estas diapositivas brindan consejos respecto del personal, las maniobras frecuentes de seguridad y las directrices sobre cómo llevar a cabo la intervención de acuerdo con protocolos de máxima seguridad.

Durante todo el módulo, debe promover la intervención de los participantes preguntándoles sobre experiencias previas de trabajo en el sistema penitenciario.

ACTIVIDADES:

Dramatización: Como parte de la diapositiva 15, los participantes deberán dramatizar situaciones sobre cómo negociar con el director de un centro penitenciario. Luego de cada dramatización, se le pedirá al grupo que exprese su opinión sobre la efectividad de las comunicaciones y las actividades que se representaron.



Duración aproximada de la sesión.

Total: 30 minutos

- 3 unidades/16 Diapositivas:
30 minutos



Modalidad de instrucción

Este es un módulo guiado por dos personas:

El módulo utiliza un enfoque de trabajo basado en **"equipos de relevo"**, un debate guiado y actividades.

UNIDAD 1



Diapositiva 1: Facilitador N.º 2

Para comenzar, es importante que entienda la cultura de los centros penitenciarios; el objetivo de este módulo es concientizarlo sobre este ámbito.



Diapositiva 2: Facilitador N.º 2

Los objetivos de aprendizaje de este módulo son los siguientes: entender la cadena de mando del Departamento penitenciario, que varía según el entorno; cómo negociar cuando se trabaja en este ámbito y, lo más importante, aprender a estar seguro en un entorno seguro.



Diapositiva 3: Facilitador N.º 2

Piense en los diversos sistemas que trabajan con sus clientes para implementar el modelo de coordinación de la atención médica de transición ¿Trabaja usted en un centro penitenciario?

De ser así, ¿con qué cuenta? ¿Qué es lo que desea? ¿Qué necesita para cumplir sus objetivos?

De no ser así, ¿necesita tener acceso? Y, de ser así, ¿dónde comienza?

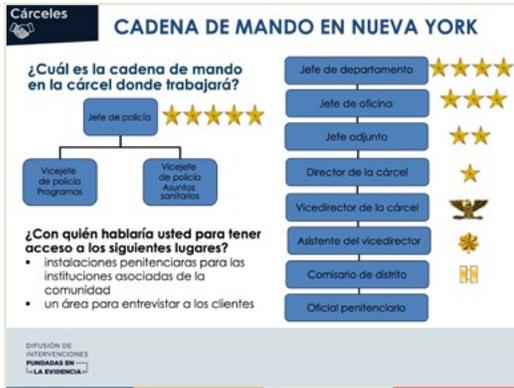
Por ejemplo, ¿planea entrevistar personas? ¿Necesitará un espacio para oficinas (con escritorio, teléfono, computadora)? ¿Se le permite llevar artículos de oficina (como bolígrafos, cuadernos anillados, teléfonos celulares)?

¿Tiene contactos en el centro penitenciario donde planea implementar la intervención?

¿Conoce a alguien que trabaje en el ámbito penitenciario? ¿Ha encontrado o identificado a un responsable clínico?

Cuando se reúna con el personal del servicio penitenciario, debe contar con un plan, pero también asegúrese de solicitar ayuda para implementar el modelo. Usted debe ganarse la aceptación y ellos tienen el mando.

Conviértase en una cara conocida. Sonría y esté disponible. Sea sincero(a) y profesional.



Diapositiva 4: Facilitador N.º 2

Debe conocer a su público. Esto incluye títulos y jerarquías. Tanto el color de la camisa como los emblemas son importantes en los centros penitenciarios, que funcionan como si fuesen una organización paramilitar.

Es posible que la más alta autoridad a cargo del sistema deba tener una visión compartida con el líder de su organización antes de que usted pueda iniciar su trabajo. Su tarea es conocer la cadena de mando en la cárcel que le hayan asignado y conocer las estructuras formales e informales para llevar a cabo sus actividades.

En el ejemplo de la diapositiva, el Jefe de policía puede estar a cargo, pero nada ocurre en el centro penitenciario a menos que el Jefe de Departamento (oficial uniformado de mayor rango) así lo ordene y designe a las personas en el penal para que trabajen en el proyecto.



Diapositiva 5: Facilitador N.º 2

Siempre deberá dar más de lo que recibe y esforzarse mucho para mantener el vínculo. Debe estar dispuesto a dar más de lo que recibe, es parte del trabajo.

Se necesitarán acuerdos de vinculación, órdenes operativas y otros documentos para dejar constancia de lo acordado. De lo contrario, los cambios de directivos y los turnos del personal pueden afectar el proyecto. Las órdenes operativas / de control consolidan y legitiman el proyecto y aseguran su continuidad más allá de las relaciones.

Al mismo tiempo, observe a los socios de la comunidad y decida qué organizaciones también pueden tener relaciones con los centros penitenciarios como una forma de ayudar a identificar a los responsables clínicos.

Organice una reunión o un evento con la comunidad y los socios del sistema de justicia penal (por ejemplo, personal a cargo de las cárceles, los sistemas de libertad bajo palabra y libertad condicional, grupos de defensores, tribunales especiales, fiscales).

Identifique responsables clínicos para colaborar en todas las áreas. Inicie el diálogo y establezca fundamentos sólidos para establecer relaciones y generar confianza.

Recuerde que decir "por favor y gracias" le será de gran ayuda.

Diapositiva 8: Continuación

de contrabando. Los objetos afilados, como una navaja, un cúter u otras herramientas que pueda tener con usted, podrían ser considerados armas que usted tiene la intención de entregar a un recluso. Cuídese.

Mantenga su profesionalismo, junto con una actitud de interés, pero evite mantener conversaciones que generen sospechas.

Consejos:

Si le ofrece un bolígrafo a un cliente para firmar un documento oficial, asegúrese de que se lo devuelva.

Si hace una llamada a un miembro de la familia mientras su cliente está presente y ellos hablan desde el teléfono de su oficina, asegúrese de que la conversación sea breve y enfocada en el propósito de la llamada.

Cárceles

TIPOS DE MEDIDAS DE SEGURIDAD



Actividades de seguridad habituales:

- Pueden interferir con sus actividades de trabajo planificadas
- Algunos ocurren diariamente y otros son actividades periódicas durante su jornada laboral
- Incluyen los horarios de requisas y recuento de reclusos

Alertas, alarmas y requisas tácticas

- Se deben seguir las instrucciones del personal del servicio penitenciario (por ej. liberar los pasillos)
- Se limita el movimiento de las personas en las instalaciones
- Las medidas incluyen cierre de emergencia, recuento de reclusos, alarmas y requisas tácticas

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 9: Facilitador N.º 2

Existen diversos tipos de medidas de seguridad y cada centro penitenciario puede tener un enfoque diferente. Sin embargo, los tipos generales de medidas de seguridad implementadas por los centros penitenciarios son actividades habituales, predecibles y, a menudo, en respuesta a violaciones de normas que son impredecibles. Las actividades diarias habituales incluyen requisas y el recuento de reclusos.

Las alertas, las alarmas y las requisas técnicas son impredecibles y limitarán el movimiento de las personas en el penal.

Cárceles

MEDIDAS DE SEGURIDAD HABITUALES

Requisa: procedimiento regular obligatorio de seguridad y protección.

- **Propósito:** encontrar artículos de contrabando (elementos prohibidos en las cárceles).
- **Contrabando:** exceso de ropa, hojas de afeitar, drogas, agujas, bolígrafos, lápices con gomas de borrar y otros artículos prohibidos.
- **Frecuencia:** al menos una vez por recorrido (turno de 8 horas) o según fuese necesario.

Recuento: verificación del censo de reclusos.

- **Frecuencia:** se realiza varias veces durante un día de 24 horas.

Interrupción de movimientos: los reclusos deben permanecer en su lugar durante una requisa o un recuento.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 10: Facilitador N.º 2

Estos son algunos ejemplos de medidas habituales de seguridad.

Requisa: procedimiento regular obligatorio de seguridad y protección.

Recuento: Varias veces al día, el personal del servicio penitenciario contará el número de personas bajo custodia y procederán a comparar los totales con la lista de reclusos. Durante el recuento, no debe haber ningún movimiento y usted debe conocer los horarios en que se realiza el recuento en el centro penitenciario al que usted asiste.

Al finalizar el recuento, es posible que se active una alerta o alarma.

Cárceles

CIERRE DE EMERGENCIA, NUEVO RECuento Y ALARMA

Cierre de emergencia: se interrumpe todo movimiento de los reclusos debido a una alerta o un suceso inusual dentro de la cárcel.

- También es posible que se restrinjan los movimientos del personal civil.

Recuento: se debe verificar el recuento inicial en el penal.

- Se detiene todo tipo de movimiento de los reclusos y se cuenta físicamente a cada uno de ellos.

Alarma: el personal penitenciario solicita ayuda debido a una pelea, un ataque al personal, una fuga u otro caso de emergencia.

- Se detiene todo movimiento, excepto el del personal del servicio penitenciario; esto incluye tanto a los reclusos como a los civiles.

¿CONOCE LOS TIPOS DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE ASISTE?

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 11: Facilitador N.º 2

Esta es una descripción de algunos de los tipos de actividades que son impredecibles y podrían ser graves.

Cierre de emergencia: Se prohíbe cualquier tipo de movimiento dentro de la cárcel, incluidos los reclusos y el personal civil. Asegúrese de tener a mano bocardillos y material de lectura, así como también de coordinar el cuidado de sus hijos en caso de que no pueda abandonar el penal en el horario planeado.

Recuento: Este procedimiento puede tomar algún tiempo e impedir que usted se reúna con los clientes.

Alarma: es posible que se haya producido una infracción de seguridad grave y que el personal de seguridad corra por el penal con equipamiento táctico. Debe mantenerse fuera del camino para evitar quedar atrapado(a) y resultar herido(a).

Cárceles

OPERACIONES TÁCTICAS DE REQUISAS EN NUEVA YORK

Operaciones tácticas de requisas: Inspección importante en la que se despliega personal adicional (por ej., oficiales y comisarios) para realizar una inspección cuando sea necesario a fin de afrontar un problema de seguridad o protección importante.

- La requisita podría llevar varias horas.

Las operaciones tácticas de requisas pueden suspenderse o intensificarse:

- Es posible que se prohíba todo tipo de movimiento según el nivel de las operaciones tácticas de requisas y las dimensiones del penal.
- El personal del servicio penitenciario puede ser trasladado de un área a otra para afrontar diferentes necesidades de seguridad.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 12: Facilitador N.º 2

La operación táctica de requisita es una inspección importante en la que se despliega personal adicional, tales como oficiales y comisarios, para llevar a cabo una inspección a fin de abordar un problema serio de seguridad o protección.

En Nueva York, por ejemplo, existen diferentes niveles de operaciones tácticas de requisas:

Nivel 1: Un comisario y 10 oficiales de cada penal.

Nivel 2: Dos comisarios y 20 oficiales de cada penal.

Nivel 3: Tres comisarios y 30 oficiales de casa penal.

¿Cuáles son las medidas de seguridad que podrían implementarse en el penal al que asiste? Usted debe saber qué sucederá en el penal donde se encuentra para poder estar preparado ante cualquier escenario.

Cárceles

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN CON ACTIVIDADES HABITUALES DE SEGURIDAD

Tenga en cuenta las medidas de seguridad como parte de la implementación del programa:

- Tengo en cuenta el horario de recuento de reclusos en el penal donde asiste.
- Planee actividades diarias para realizar durante los horarios habituales de las requisas y los recuentos de reclusos como parte de su cronograma habitual.
- Continúe con las actividades de trabajo programadas regularmente, salvo que le indiquen lo contrario.
- Pregunte si el recluso puede permanecer en el centro de atención o en el área del programa durante el recuento para no interrumpir la entrevista o sesión grupal.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 13: Facilitador N.º 1

Piense en estas actividades durante la negociación e implementación del programa. Si el horario de recuento de reclusos es a las 7 a. m., quizá deba programar que el personal comience a trabajar a las 8 a. m., una vez finalizado el recuento. ¿O el personal debería concurrir a la noche cuando hay más espacio libre con menos problemas de movimiento dentro del penal y menos implementación de programas?

¿Se permite a los reclusos permanecer en la enfermería o en el área del programa durante el recuento o deben regresar a su celda para el recuento? Necesita saber esto. Todo depende del director y del centro penitenciario, y esto varía según el penal e incluso el turno.

Cárceles

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN Y MOVIMIENTOS RESTRINGIDOS

Actividades para los "días de lluvia" (mientras esperan que se pueda reanudar el movimiento dentro del penal):

Aproveche este tiempo para realizar otras actividades, por ejemplo:

- Elaborar listas de prioridad con los clientes que deben ser entrevistados primero.
- Consultar a los profesionales médicos, la enfermería y la farmacia para coordinar la atención médica.
- Coordinar con el asesor legal las fechas de las audiencias en los tribunales
- Comunicarse con los proveedores para registrar las vinculaciones con la comunidad.
- Actualizar los registros sobre la evolución del cliente y demás documentación.
- Trasládese a una oficina comunitaria según lo solicitado
- Revisar el material impreso para informar mejor su trabajo.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 14: Facilitador N.º 1

¿Qué sucede si?

Planifique actividades para los momentos de inactividad y haga una lista de cosas específicas que puede hacer cuando no pueda reunirse con los clientes.

¿Qué anotó en su lista?

El facilitador les pedirá a los participantes que compartan las actividades que incluyeron en sus listas, para así promover un debate y que los participantes aprendan de los demás.

UNIDAD 3



Cárceles

ACTIVIDAD: Cómo negociar con el director de la cárcel

EJEMPLO: Cómo negociar con un grupo de pares líderes

- **Problema identificado:** Un miembro de un grupo de consumidores con antecedentes de encarcelamiento indicó que el estigma y la falta de confianza constituyen obstáculos para aceptar la oferta de hacerse una prueba de detección del VIH.
- **Solución sugerida:** Los consumidores indicaron que si la oferta proviene de un par y no de una persona vestida con una bata blanca, se podría minimizar este obstáculo.



DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 15: Facilitador N.º 2

Actividad: “Ahora vamos a hacer una dramatización para ver si saben negociar con el director de la cárcel”.

Explique el problema identificado al grupo (a partir de la diapositiva). Luego analice las posibles soluciones. Solicite voluntarios para que actúen de director del penal, coordinador del programa y director del coordinador.

Pídale a los voluntarios que dramatizen esta situación delante de los compañeros, incluida la solución sugerida.

Una vez finalizada la dramatización, promueva un debate con los presentes, en el que se evalúe la efectividad de la dramatización, qué aspectos funcionarían y qué se podría haber hecho de otra manera.

(CONTINÚE con la diapositiva 16 SOLO DESPUÉS de haber finalizado la DRAMATIZACIÓN y el DEBATE.)

Cárceles

ACTIVIDAD: Cómo negociar con el director de la cárcel

La solución:

- Se reunió con el director del penal para involucrarlo en la planificación de un programa en el que los pares del cliente actúan como educadores.
- Explicó el problema y analizó la solución.
- Preguntó si podríamos contactar a un grupo de líderes naturales (por ejemplo, “Consejo de reclusos”) para reclutar líderes pares como educadores de la salud.
- El director sugirió que contactáramos graduados del programa de preparación para el tratamiento y nosotros aceptamos.
- El director del penal sugirió ubicar a los graduados en diferentes zonas de viviendas para llegar a un público más amplio.
- Se designaron oficialmente líderes de pares como educadores de la salud.

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 16: Facilitador N.º 2

Esta es la solución real.

Al final, los graduados fueron los líderes naturales que buscábamos. Los ofrecimientos entre pares fueron exitosos y el programa se ha mantenido hasta la fecha.

Es hora de tomarnos un descanso

CIERRE

Continuaremos analizando la cultura de los centros penitenciarios y nos centraremos en el sistema sanitario de estas instituciones



Módulo 4 :

Políticas y práctica: Nexos entre la salud pública y la atención sanitaria en los centros penitenciarios

Temas abordados: Políticas y práctica

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Entender las consecuencias de las políticas para la práctica.
- Identificar las áreas clave de las políticas, donde la salud se entrecruza con el encarcelamiento masivo, incluidas las inequidades sanitarias de las minorías, los derechos humanos y la atención de transición.
- Analizar las conexiones entre la atención sanitaria en la comunidad, la justicia y las políticas carcelarias.
- Deliberar sobre el efecto del encarcelamiento masivo en la salud pública y la necesidad de una planificación en la comunidad.
- Demostrar el impacto del entrecruzamiento entre la atención sanitaria de las minorías y el encarcelamiento sobre las necesidades de la comunidad.
- Analizar los programas para abordar las inequidades sanitarias en las comunidades afectadas por la encarcelación masiva.
- Plantear la interseccionalidad de las funciones, incluidos el proveedor de servicios médicos, el servicio de salud pública y los derechos humanos.
- Identificar la manera en que se suministran los servicios sanitarios en los centros penitenciarios.
- Analizar cuestiones relativas a los derechos humanos relacionadas con la atención sanitaria en los centros penitenciarios.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT

- **Nota:** Las preguntas de debate y los apuntes están incluidos en el PowerPoint.
- **Nota:** La computadora donde se reproduce el PowerPoint debe tener conexión a internet y reproducir el enlace de video. (Verifique el volumen del altavoz antes de comenzar con la capacitación en módulos).



APUNTES

- Preguntas para analizar (Unidad 1, diapositiva 18)
- Escenarios (Unidad 2, dispositivas 25 a la 31)
- Encuesta en forma de cuestionario sobre la lealtad dual (con software de encuestas en vivo o encuestas impresas). **Nota:** Las preguntas están incluidas en las diapositivas y están disponibles en el artículo de Glowa (consultar los materiales de referencia a continuación).



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Venters: A Three-Dimensional Action Plan to Raise the Quality of Care of US Correctional Health and Promote Alternative to Incarceration. *AJPH*. April 2016. <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2015/AJPH.2016.303076>
- Glowa-Kollisch: Human Rights Concerns & Correctional Health. www.hhrjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/
- Jordan, A.O., Cruzado-Quinones, J., Sinnreich, R., Hane, L., MacDonald, R., Rosner, Z., Venters, H.D., Zack, B., Sterns, M., Siegle, A., Dansby, A., Paine-Thaler, C., Ptah-Riojas, A., & DiLonardo, S. (2015). Nexo entre la salud pública y la salud en los centros penitenciarios: Políticas y prácticas. Presentado en la Asamblea anual de la Asociación Americana de Salud Pública. <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session46024.html>
- Prison Policy Initiative, from Bureau of Justice Statistics, Correctional Populations in the U.S., 2010 & U.S. Census, 2010. Disponible en: www.prisonpolicy.org/blog/2013/07/09/or-sb463
- <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2017/HIV-Continuum-of-Care.html>
- Teixeira, P.A., Lloyd, K., & Jordan, A. O. (2013). HIV+ women incarcerated in New York City jails. Presentado en la Asamblea anual de la Asociación Americana de Salud Pública

Palabras y frases clave

- *Lealtad dual*
- *Encarcelamiento masivo*
- *Desigualdades en la atención sanitaria*
- *Derechos humanos*
- *Servicios sanitarios en las cárceles*
- *Salud pública*
- *Servicios sanitarios de las minorías*
- *Racismo estructural*
- *Justicia penal*



Modalidad de instrucción

Este es un módulo guiado por dos personas:

El módulo utiliza un enfoque de trabajo basado en **“equipos de relevo”**, un debate guiado y actividades.

DESARROLLO

ACTIVIDADES:

- Antes de la capacitación, los facilitadores pedirán a los participantes que revisen los materiales de referencia 1 y 2; los facilitadores usarán estos materiales como referencia para dirigir debates en grupos pequeños.
- Los facilitadores revisarán las políticas y prácticas que son el fundamento de los principios esenciales en la coordinación de la atención médica de transición.
- Durante toda la exposición, los facilitadores involucrarán a los participantes en un debate sobre las políticas y su impacto en el encarcelamiento masivo y la atención sanitaria en la comunidad.
- Luego, si hay tiempo suficiente, los facilitadores reproducirán un video y dirigirán un debate sobre los programas que pueden abordar las desigualdades.
- Posteriormente, todos los participantes intervendrán en un debate en grupos pequeños utilizando el apunte “Preguntas para analizar”.
- A continuación, los facilitadores analizarán cómo funcionan los sistemas de salud en los centros penitenciarios y cómo contrastan con los sistemas de salud pública.
- Los facilitadores describirán la lealtad dual y llevarán a cabo una representación para mostrar un caso de lealtad dual en la práctica.
- Luego, los participantes completarán una encuesta y analizarán los escenarios específicos del ámbito penitenciario, donde puede surgir la doble lealtad.
- A continuación, los participantes intercambiarán ejemplos de lealtad dual en el ámbito del sistema y de las instalaciones, así como también soluciones o estrategias para atenuar estos problemas.
- Una vez finalizada la capacitación, los facilitadores pedirán a los participantes que revisen con detenimiento el material de referencia 3.



Duración aproximada de la sesión.

Total: 105 minutos

- Unidad 1 / diapositivas 1-18:
50 minutos
- Debate guiado:
10 minutos
- Unidad 2 / diapositivas 19 a la última:
15 minutos
- Debate en grupos pequeños:
20 minutos

UNIDAD 1



Diapositiva 1: Facilitador N.º 1

En este módulo revisaremos las políticas y las prácticas que son el fundamento de los principios esenciales de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*.

Cárceles

UNIDAD 1: Objetivos de aprendizaje

- Identificar los ámbitos clave de las políticas en los que la atención sanitaria se entrecruza con el encarcelamiento masivo, tales como las inequidades sanitarias de las minorías, los derechos humanos y la atención de transición.
- Analizar las relaciones entre las políticas sanitarias, judiciales y penitenciarias de la comunidad.
- Deliberar sobre las consecuencias del encarcelamiento masivo en la salud pública y la necesidad de planificación por parte de la comunidad.
- Mostrar el efecto del entrecruzamiento de la atención sanitaria y el encarcelamiento de las minorías en las necesidades de la comunidad.
- Analizar los programas para abordar las inequidades sanitarias en las comunidades afectadas por el encarcelamiento masivo

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session48024.html>

Diapositiva 2: Facilitadores N.º 1

Facilitador N.º 1:

Resume los objetivos principales del aprendizaje.

Facilitador N.º 2:

Camina entre las mesas de los participantes. Guía a los participantes indicándoles las secciones de referencia en el material entregado e identifique las preguntas para el debate guiado.

Cárceles

DESCRIPCIÓN GENERAL

- Las áreas clave de las políticas donde la atención sanitaria de la comunidad se entrecruza con el encarcelamiento masivo, y sufre las consecuencias del encarcelamiento masivo, incluyen lo siguiente:
 - inequidades en la atención sanitaria de las minorías, los derechos humanos y la atención de transición
- Propósito:** analizar el impacto que pueden tener las políticas sanitarias y de justicia penal de la comunidad en la implementación de los programas, específicamente aquellos que tienen como objetivo mejorar y atender las inequidades relacionadas con lo siguiente:
 - el servicio sanitario, la vivienda y el desarrollo económico
 - la seguridad y salud pública, incluida la salud mental

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session48024.html>

Diapositiva 3: Facilitador N.º 1

Esta sesión tiene como objetivo brindar una descripción general de las políticas clave que están en juego en el vínculo entre la salud pública y los servicios sanitarios en los centros penitenciarios.

Revisaremos las inequidades sanitarias que sufren las minorías y las políticas que demuestran que el encarcelamiento masivo en los EE. UU. es consecuencia del racismo. Analizaremos los temas de derechos humanos que se entrecruzan con las políticas y prácticas de encarcelamiento y justicia penal (por ejemplo, en algunos estados se detienen a las personas que viven con el VIH por tener relaciones sexuales consensuadas), así como también intervenciones, incluida la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*, que pueden ayudar a abordar las inequidades y las prácticas. Mientras revisamos estas políticas, tenga en cuenta cómo se informa la implementación del programa, por qué abordamos las inequidades socioeconómicas además de las inequidades sanitarias, y cómo el crecimiento exponencial del encarcelamiento es producto de las prácticas de tratamientos de salud mental.

Cárceles

INEQUIDADES SANITARIAS DE LAS MINORÍAS

Considere las políticas que tienen incidencia

- en los servicios sanitarios, la seguridad pública y la justicia penal;
- en el encarcelamiento de hombres jóvenes de color.

Tenga en cuenta programas

- para derivar a las personas a programas comunitarios como alternativa al encarcelamiento;
- para implementar alternativas al encarcelamiento mediante los recursos de la comunidad;
- para suministrar naloxona a sus seres queridos

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA
<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 4: Facilitador N.º 1

Analiza la diapositiva y luego dirige un debate.

Pregunte a los participantes:

¿Puede identificar políticas que afectan de manera diferente a las personas de color en comparación con los blancos (por ejemplo, detenciones y registros por parte de la policía, requisitos de fianzas)?

¿Por qué las fianzas impuestas por los tribunales afectan más a las personas de color (es decir, ¿las personas de color tienen más probabilidades de ser pobres)?

¿Qué programas o intervenciones podrían abordar estas inequidades (consulte, por ejemplo, el estudio de Siegler et al. sobre el suministro de naloxona a los visitantes de Rikers' Island en Nueva York)?

Si tiene tiempo, reproduzca el video NY1 (2m)

<http://www.ny1.com/nyc/all-boroughs/criminal-justice/2016/06/24/volunteers-conduct-training-at-rikers-visitor-center-to-teach-people-how-to-use-heroin-overdose-antidote.html>

Cárceles

DERECHOS HUMANOS

Políticas e Iniciativas de defensa

- Políticas de tratamiento de salud mental y encarcelamiento masivo.
- Tratamiento ético de las personas encarceladas.
- Enfoque integral basado en un marco de derechos humanos para mejorar la atención médica en los centros penitenciarios
- Efecto de los programas alternativos al encarcelamiento.
- La vivienda como un derecho humano.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA
<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 5: Facilitador N.º 1

Revisa la diapositiva y luego dirige el debate.

Pregunta a los participantes:

¿Cuál fue el efecto de la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales en el aumento del encarcelamiento masivo?

¿Por qué debería considerar un marco de derechos humanos para mejorar la atención médica en los centros penitenciarios? (Por ejemplo, un tratamiento ético, un derecho constitucional a recibir atención médica durante el encarcelamiento, la octava enmienda a la constitución de los EE. UU., el caso Estelle v. Gamble).

¿Por qué sería importante pensar en la vivienda como un derecho humano? Satisfacer las necesidades básicas de todos los residentes mejora la salud de todos. ¿Existe jurisprudencia en su estado que establezca que todos los residentes deben contar con una vivienda?

Fuente: www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf

Cárceles

ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN



- Funcionario de enlace sanitario con los tribunales
 - Justicia alternativa y liberación por razones humanitarias
- Atención y tratamiento de la salud mental como alternativa al encarcelamiento
- Incidencia de la atención médica domiciliar para atender las necesidades luego de la liberación.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA
<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 6: Facilitador N.º 1

La intervención *Coordinación de la atención médica de transición* está diseñada para incorporar a un funcionario de enlace sanitario con los tribunales y prevé vínculos con la coordinación de la atención médica y el tratamiento de la salud mental en la comunidad. Tenga en cuenta por qué los servicios de atención médica de transición pueden abordar algunas de las consecuencias de la política analizada anteriormente (por ejemplo, el racismo, el encarcelamiento masivo y la pobreza).

Cárceles

LA SALUD EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ES UNA CUESTIÓN DE SALUD PÚBLICA

- Problemas y riesgos sanitarios como resultado de las reincorporaciones a la comunidad
 - Aumento de las enfermedades
- Obstáculos para recibir una atención sanitaria adecuada en la comunidad
- Antídotos en la comunidad y en las políticas
- La atención y los servicios integrales comienzan durante el encarcelamiento
- Continuidad de la atención en la comunidad

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA.
https://apha.confex.com/apha/14/am/webprogram/Session44024.html

Diapositiva 7: Facilitador N.º 1

Debate guiado

¿Por qué decimos que “la salud en los centros penitenciarios es una cuestión de salud pública”? (Invite a los participantes a debatir los puntos de la diapositiva uno por uno).

Cárceles

MORTALIDAD DESPUÉS DE LA EXCARCELACIÓN

Semanas luego de la liberación	Muertes por cada 100 000 personas al año
General	777
1-2	2591
3-4	900
5-6	614
7-8	708
9	725

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/150561056/NEJw064113
https://apha.confex.com/apha/14/am/webprogram/Session44024.html

Diapositiva 8: Facilitador N.º 1

La población estadounidense de expresidarios es muy numerosa y continúa aumentando. El período inmediatamente posterior a la liberación puede representar un verdadero desafío para las personas que estuvieron encarceladas y suponer riesgos considerables para la salud.

Este gráfico fue extraído de un artículo de la revista científica *New England Journal of Medicine* y se basa en un estudio de cohorte retrospectivo de todos los reclusos liberados por el Departamento Penitenciario del Estado de Washington desde julio de 1999 hasta diciembre de 2003. El estudio analizó el riesgo de muerte entre los expresidarios poco después de su liberación de las prisiones del Estado de Washington.

Los registros penitenciarios se vincularon con el Índice nacional de defunciones. Los datos para la comparación con los residentes del Estado de Washington se obtuvieron a partir de la información de amplio alcance en línea para el Sistema de investigación epidemiológica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Los índices de mortalidad entre los expresidarios se compararon con los de otros residentes del estado utilizando la estandarización indirecta y el ajuste por edad, sexo y raza.

El gráfico muestra los índices de mortalidad entre los expresidarios del Departamento Penitenciario del Estado de Washington durante el seguimiento del estudio (general) y de acuerdo con períodos de 2 semanas posteriores a la excarcelación. La línea de puntos representa el índice de mortalidad ajustado para los residentes del estado de Washington (223 muertes al año por cada 100 000 personas), y la línea continua representa la tasa bruta de mortalidad entre los reclusos del sistema penitenciario estatal durante el encarcelamiento (201 muertes al año por cada 100 000 reclusos).

Los resultados del estudio fueron los siguientes: de 30 237 reclusos liberados, 443 murieron durante un período medio de seguimiento de 1,9 años. El índice de mortalidad general fue de 777 muertes al año por cada 100 000 personas. El riesgo ajustado de muerte entre los expresidarios fue 3.5 veces mayor que entre otros residentes del estado. Durante las dos primeras semanas después de la liberación, el riesgo de muerte entre los expresidarios fue 12.7 veces más alto que el de otros residentes del estado, con un riesgo de muerte relativo notablemente superior por sobredosis. Las principales causas de muerte entre los expresidarios fueron casos de sobredosis, enfermedades cardiovasculares, homicidios y suicidios.

El estudio concluyó que los expresidarios tenían un riesgo alto de muerte después de ser liberados, especialmente en las dos primeras semanas luego de la excarcelación. En consecuencia, las intervenciones son necesarias para reducir el riesgo de muerte de las personas luego de ser liberadas. Existen otros estudios con resultados similares: uno realizado en las cárceles de Nueva York y otro llevado a cabo durante diez años, también publicados por Binswanger, et al.

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 8: Continuación

Material de referencia: Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007).

Liberación de la prisión - un riesgo alto de muerte para los expresidarios. *The New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-65.

Nota: Se obtuvieron resultados similares después de las liberaciones de los centros penitenciarios de Nueva York. Consulte el siguiente material:

Lim, S., Seligson, A. L., Parvez, F. M., Luther, C. W., Mavinkurve, M. P., Binswanger, I. A., & Kerker, B. D. (2012).

Riesgos de muerte, suicidio y homicidio relacionados con la adicción a las drogas durante el período inmediatamente posterior a la liberación de personas de las cárceles de Nueva York, 2001–2005. *American Journal of Epidemiology*, 175(6), 519-526. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr327>



Diapositiva 9: Facilitador N.º 1

Antes pregunté: “¿Cómo fue el efecto de la desinstitucionalización de los tratamientos de salud mental en el aumento del encarcelamiento masivo?”

El gráfico de la diapositiva muestra claramente los cambios significativos que se han producido desde la década de 1970 y un mayor crecimiento desde la década de 1990, cuando los servicios sanitarios con fines de lucro derivaron en la industrialización del encarcelamiento masivo.



Diapositiva 10: Facilitador N.º 1

Claramente, Estados Unidos es el país con el mayor índice de encarcelamiento del mundo, con más de 700 personas encarceladas por cada 100 000 en cárceles y centros penitenciarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

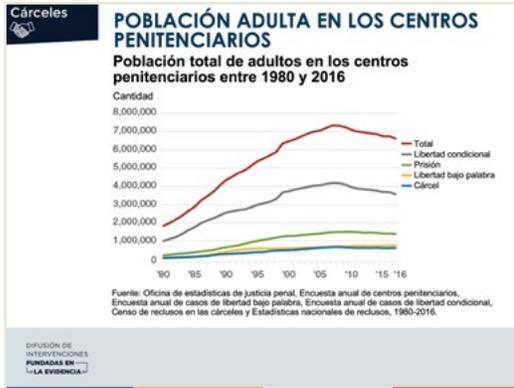
- Estados Unidos tiene el índice de encarcelamiento más alto del mundo.
- El encarcelamiento afecta, de manera desproporcionada, a las personas de bajos ingresos, a las personas de color y a las personas con trastornos psíquicos.
- El alcance y la calidad de la atención son desiguales, a menudo manejados por los directivos a cargo de la seguridad y no por los profesionales de la salud.
- Es necesario contar con información esencial para coordinar la atención con los proveedores de la comunidad y para aumentar las alternativas al encarcelamiento.

Diapositiva 11: Facilitador N.º 1

Las personas que están encarceladas son las minorías más pobres y personas con trastornos mentales y por consumo de sustancias.

Considere el efecto que tiene en la calidad de la atención y en los derechos humanos cuando los proveedores de servicios sanitarios son contratados por centros penitenciarios y están bajo el mando de tales instituciones (en comparación con los sistemas de salud hospitalarios o de la comunidad).

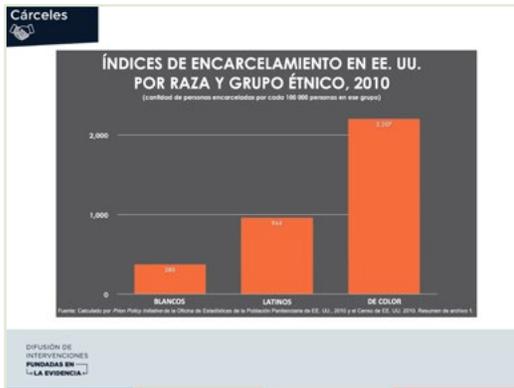
También tenga en cuenta las posibles consecuencias de que se incentive a los servicios sanitarios de los penales para que reduzcan los gastos, ya sea por intereses económicos o por decisión de los directivos de los penales.



Diapositiva 12: Facilitador N.º 1

El crecimiento de la población total en los centros penitenciarios de Estados Unidos desde 1980 hasta aproximadamente 2008 está experimentando una leve baja en cuanto al número de personas en libertad condicional, mientras que los índices de personas en libertad bajo palabra continúan en ascenso, y los índices de personas en cárceles y centros penitenciarios se mantienen estables desde 2010. Sin embargo, el mayor número de personas afectadas por el sistema penitenciario son las que están en libertad condicional, seguido por las que están en centros penitenciarios, luego las que están en libertad bajo palabra y por último, las que están en cárceles. Las personas detenidas en cárceles suelen verse más afectadas por los determinantes sociales de la salud, ya que las personas con mayores recursos tienen más posibilidades de pagar la fianza, así como también los honorarios de abogados y las costas legales.

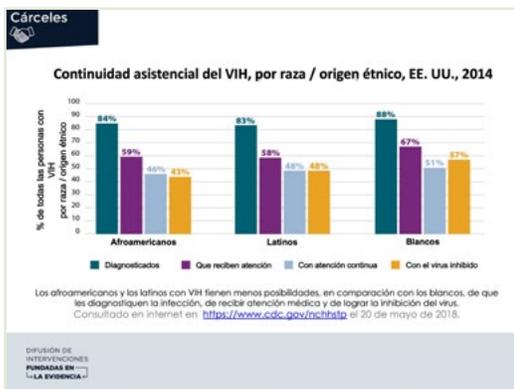
Asimismo, existe un grupo de personas en las cárceles que no tienen hogar o que están en una situación inestable de vivienda. Estas personas usan la cárcel, así como también las salas de urgencia, como una alternativa a los refugios para personas sin hogar.



Diapositiva 13: Facilitador N.º 1

Los índices de encarcelamiento de EE. UU. por raza y grupo étnico, según los datos de la Oficina de Estadísticas del Departamento de Justicia del último censo, concuerdan con otros datos que señalan la presencia desproporcionada de las minorías en las cárceles y en los centros penitenciarios, al igual que las inequidades sanitarias y socioeconómicas.

Fuente: Calculado por Prion Policy Initiative de la Oficina de Estadísticas Judiciales, Poblaciones Penitenciarias en los EE. UU., 2010 y el Censo de EE. UU. 2010. Disponible en: www.prisonpolicy.org/blog/2013/07/09/or-sb463/



Diapositiva 14: Facilitador N.º 1

Según lo establecido por el Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC), los afroamericanos y los latinos que viven con el VIH tienen menos posibilidades, en comparación con los blancos que tienen el VIH, de que les diagnostiquen la infección, de recibir atención médica y de lograr la inhibición del virus.

Nota para los facilitadores: Se puede consultar información adicional sobre el encarcelamiento y las inequidades sanitarias en el sitio web del CDC: <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2017/HIV-Continuum-of-Care.html>



Diapositiva 15: Facilitador N.º 1

Información basada en un revisión sistemática de la bibliografía por Iroh PA, et al. (2015) (n=93 estudios)

Los artículos revisados indicaron patrones básicos: Los resultados de la continuidad asistencial del VIH fueron mejores entre los reclusos y peores en las personas excarceladas.

Cárceles LA DESCONEXIÓN

Salud pública	Centros penitenciarios
<ul style="list-style-type: none"> Misión = la salud pública Centrada en el cambio Estructura humanitaria Código de vestimenta (más informal) Prevención / detección / atención Enfocada en el cliente / en la comunidad Flexible Creativa 	<ul style="list-style-type: none"> Misión = la seguridad pública Centrados en el orden Estructura paramilitar Código de vestimenta: uniforme Castigo (rehabilitación) Enfocados en la institución Reglas estrictas Procedimientos operativos estándar

https://napha.confex.com/napha/143am/webprogram/Session4624.html

Diapositiva 16: Facilitador N.º 1

Para ofrecer servicios sanitarios basados en un enfoque de la salud pública en las cárceles y en los centros penitenciarios, se deben conocer las diferentes misiones, las orientaciones, las normas culturales y los protocolos operativos estándar entre los dos sistemas.

Considere también los distintos enfoques entre los servicios sanitarios que son dirigidos por entidades de salud pública, sistemas sanitarios sin fines de lucro, sistemas sanitarios con fines de lucro y organizaciones de servicios sanitarios en centros penitenciarios con fines de lucro.

¿En qué parte de la continuidad asistencial que va desde la salud pública hasta los centros penitenciarios / la aplicación de la ley estaría su entidad?

¿Qué significa esto para su práctica?

Cárceles INEQUIDADES SANITARIAS ENTRE LOS RECLUSOS

- Cada año, aproximadamente el 14 % de todas las personas que viven con el VIH en Estados Unidos son encarceladas en algún momento de sus vidas.
- El encarcelamiento no ocurre en forma aislada.
 - Más del 90 % de las personas en los centros penitenciarios regresarán a la comunidad.
- Según los estudios realizados, las condiciones sanitarias después de las liberaciones son deficientes, y las excarcelaciones pueden aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas, depresión, ansiedad y violencia en la comunidad.
- Muchas personas tienen acceso a la atención médica solo cuando están en la cárcel.
- Promover la salud durante el encarcelamiento equivale a promover la salud en las comunidades.

https://napha.confex.com/napha/143am/webprogram/Session4624.html

Diapositiva 17: Facilitador N.º 1

El acceso a la atención sanitaria en las cárceles y los centros penitenciarios es variable. Por ejemplo, solo el 11 % de las instituciones hacen las pruebas del VIH. (Consulte las Pautas de los CDC 2009, SPNS Jail Linkages “A time for Testing” y las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las políticas y prácticas relacionadas con las pruebas del VIH en los ámbitos penitenciarios).

Los índices del VIH en los ámbitos penitenciarios tienden a replicar los índices de las zonas con mayor inequidad socioeconómica en la comunidad local. Esta es una de las razones por las que las pruebas, la atención y el tratamiento del VIH en los ámbitos penitenciarios son considerados una práctica de la salud pública.

Cárceles EFECTOS EN LA COMUNIDAD

- VIH-sida - 1.3 %**
 - El índice de infección por VIH entre las personas encarceladas es aproximadamente 3 veces más alto que el de la población general de los Estados Unidos.
 - Existe un índice significativamente mayor de enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los reclusos (6.1 %) comparado con la población general de los Estados Unidos (3.4 %).
- Enfermedades mentales**
 - Cárceles: 64 %
 - Centros penitenciarios: 10-25 %
 - Trastornos mentales graves
- Consumo de sustancias (alcohol y otras sustancias)**
 - Cárceles: 57.5 % - 89.0 %
 - Los índices más altos se observan en los reclusos que también tienen problemas mentales.

Los pacientes con trastornos mentales y por abuso de sustancias, o con una combinación de ambos, representan el 85 % de las personas encarceladas

- Atenciones crónicas**
 - Las personas encarceladas son aproximadamente 1.5 veces más propensas a tener enfermedades crónicas que la población general de los EE. UU.: Cárceles (1.67); Centros penitenciarios* (1.42)
 - Presión arterial alta / hipertensión: Cárceles (26.2 %); Centros penitenciarios* (30.2 %); Estados Unidos (18.1 %)
 - Diabetes / nivel alto de azúcar en la sangre: Cárceles (7.2 %); Centros penitenciarios* (9 %); Estados Unidos (4.9 %)
- Mujeres**
 - El 67 % de las mujeres en las cárceles y el 63 % en los centros penitenciarios informaron haber tenido alguna vez una infección crónica

* Los índices de los centros penitenciarios incluyen los penales estatales y federales

Diapositiva 18: Facilitador N.º 1

Nota: Los índices promedio varían según la jurisdicción. Un punto de referencia adecuado para considerar la prevalencia del VIH y de otras enfermedades en las cárceles locales es observar los índices en las áreas locales donde se registra el nivel socioeconómico más bajo, porque el encarcelamiento es el síntoma de un nivel socioeconómico bajo.

Además, los índices de infección por VIH, trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias registrados en las cárceles son más altos que los registrados en los centros penitenciarios estatales y federales, mientras que los índices de enfermedades crónicas son más bajos, probablemente debido a las permanencias breves, a la falta de informes y la edad de la población carcelaria. No obstante, en todos los casos, las personas encarceladas tienen mayores problemas de salud que la población general de los Estados Unidos y las mujeres encarceladas tienen un mayor índice de las enfermedades mencionadas que los hombres en todos los indicadores.

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 18: Continuación

¿Qué efecto tiene el encarcelamiento en las comunidades, especialmente las comunidades con las mayores inequidades sanitarias y socioeconómicas? Algunos ejemplos son menor cantidad de asalariados y la aparición de familias monoparentales (algo que afecta principalmente a las mujeres); se diagnostican enfermedades infecciosas, que pueden servir como un promotor de los servicios sanitarios de la comunidad; y la mayoría de las personas que han estado en la cárcel se enteran por primera vez de que tienen VIH al ingresar en un penal.

¿Cómo refleja el encarcelamiento el estado sanitario de las comunidades y de los recursos disponibles? Por ejemplo, el encarcelamiento de las personas con trastornos mentales o por consumo de sustancias. Las personas encarceladas con problemas de salud mental también presentan los índices más altos de falta de hogar, cuidado en hogares de guarda y abuso sexual.

Fuentes:**Mujeres:**

Teixeira, P.A., Lloyd, K., & Jordan, A. O. (2013). HIV+ mujeres detenidas en las cárceles de la ciudad de Nueva York. Presentado en la asamblea anual de la Asociación Americana de Salud Pública

Porcentaje de personas infectadas por el VIH:

https://journals.lww.com/co-infectiousdiseases/fulltext/2013/02000/HIV_among_persons_incarcerated_in_the_USA___a.3.aspx (3 veces más en centros estatales y federales)

www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2012/hivincidencegraphics.html (4 veces más en centros estatales y federales)

www.bjs.gov/content/pub/pdf/hivp10.pdf (4 veces más en centros estatales y federales)

<https://tradingeconomics.com/united-states/population>

[www.gmhc.org/files/editor/file/a_pa_prison_report0511\(1\).pdf](http://www.gmhc.org/files/editor/file/a_pa_prison_report0511(1).pdf) (5-7 veces más en prisiones y cárceles)

www.bjs.gov/content/pub/pdf/mpsfpi1112.pdf Pág. 3, Centros estatales y federales: 3.25 veces más.

Promedio de personas con ETS:

Dep. de Justicia de EE. UU., febrero de 2015: Problemas médicos de los presos estatales y federales y de los reclusos en prisión, 2011-12 www.bjs.gov/content/pub/pdf/mpsfpi1112.pdf

Enfermedades mentales:

www.bjs.gov/content/pub/pdf/mpsfpi1112.pdf (4 veces más en centros estatales y federales)

44.8 % centros penitenciarios federales; 56.2 % centros penitenciarios estatales; 64.2 % cárceles

Asociación Estadounidense de Psicología (APA) Incarceration Nation 10.14 vol. 45 N.º 9 versión impresa p 56 www.apa.org/monitor/2014/10/incarceration.aspx; also

Consumo de sustancias:

National Academies Press, The Growth of Incarceration in the US p.204 Cuadro 7-1 www.nap.edu/catalog/18613/the-growth-of-incarceration-in-the-united-states-exploring-causes

SMI: Ibid p.205; Jail SMI

<http://thenationshealth.aphapublications.org/content/40/3/E11>

“Según el segundo informe del centro sobre este tema, publicado en febrero, de los 2.3 millones de reclusos en EE. UU., 1.5 millones son adictos al consumo de sustancias y otros 458 000 o bien tenían antecedentes de haber consumido sustancias o estaban bajo la influencia del alcohol u otras drogas al momento de cometer los delitos; cometieron los delitos para conseguir dinero para comprar drogas o fueron encarcelados por haber violado las normas de consumo de alcohol o drogas. Los dos grupos combinados alcanzan el 85 por ciento de la población carcelaria de los EE. UU., según el informe, ‘Behind Bars II, Substance Abuse and the American Prison Population’ (Detrás de las rejas II, Consumo de sustancias y la población carcelaria en los EE. UU.)”.

Afecciones crónicas:

10-4-16 www.bjs.gov/content/pub/pdf/mpsfpi1112.pdf

Incluidos los índices entre las mujeres

UNIDAD 2



Cárceles

APUNTE: Preguntas para el debate:

1. Tras las recientes tragedias sufridas como consecuencia de tiroteos por parte de la policía, ¿cómo podrían otras personas introducir la idea de la justicia alternativa en sus comunidades?
2. ¿Cómo podrían los miembros de la comunidad de la salud pública abogar por los servicios sanitarios en los centros penitenciarios, incluidos los vínculos entre la salud pública dentro y fuera de las cárceles / los centros penitenciarios?
3. ¿Cómo podrían los profesionales de la salud pública "llegar" a las cárceles y los centros penitenciarios para promover los objetivos de salud pública?
4. ¿Existe un aumento del riesgo sanitario debido a los encarcelamientos que debería preocupar a la comunidad de la salud pública?
5. **Transiciones a la comunidad:** ¿Cómo podemos reducir el estigma dentro del sistema de salud de trabajar con personas después de su liberación a la comunidad?
6. ¿Qué servicios de apoyo se necesitan durante la transición?
7. ¿Cómo pueden los profesionales de la comunidad, que no trabajan en centros penitenciarios, manifestarse en contra de las violaciones a los derechos humanos y a la ética dentro de los centros penitenciarios?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA
<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 19: Facilitadores N.º 1 y N.º 2

El facilitador N.º 1 entrega la hoja de ejercicios "Preguntas para el debate" (diapositiva 18). El facilitador N.º 2 dirige el debate guiado de las preguntas, mientras que el facilitador N.º 1 consolida las respuestas / sugerencias relacionadas con cada pregunta.

INEQUIDADES SANITARIAS ENTRE LOS RECLUSOS: CONSIDERACIONES CLAVE DONDE LA SALUD PÚBLICA SE ENTRECROZA CON EL ENCARCELAMIENTO MASIVO

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 20: Facilitador N.º 1

En la segunda mitad de este módulo analizaremos las inequidades sanitarias entre las personas encarceladas, así como también las consideraciones clave cuando la salud pública se entrecruza con el encarcelamiento masivo.

Cárceles

OBJETIVOS



- Entender cómo se suministran los servicios sanitarios en los centros penitenciarios
- Entender las problemáticas de los derechos humanos relacionadas con los servicios sanitarios en los centros penitenciarios
- Definir y analizar la doble lealtad y la necesidad de identificar y abordar las inquietudes que surgen de la doble lealtad
- Considerar el entrecruzamiento de las funciones, incluidos el proveedor de servicios médicos, el servicio de salud pública y los derechos humanos.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIÓNES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 21: Facilitador N.º 1

El facilitador analizará los objetivos en la diapositiva.

Cárceles **SERVICIOS SANITARIOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS**

La mayoría
completa exámenes breves de detección durante el ingreso y responde ante las dolencias agudas.

Algunos
usan el modelo de la salud pública en los centros penitenciarios: servicios asistenciales ampliados, inscripción en Medicaid y mejores condiciones sanitarias asociadas con la planificación del alta médica.

Otros
ofrecen recursos adicionales dedicados a la atención preventiva y de enfermos crónicos.

Muchos
estados autorizan la suspensión de la cobertura de Medicaid, en lugar de la finalización de la cobertura, para permitir una reactivación más rápida.

Con frecuencia
como consecuencia del encarcelamiento de personas con problemas de salud conductual, los centros penitenciarios deben registrar mucha información sanitaria decisiva en sus historias clínicas. Esta información puede ser un recurso esencial para actuar en los casos alternativos al encarcelamiento.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVIDENCIA <https://www.hhs.gov/ohrt/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-training-to-protect-the-care-of-vulnerable-patients-in-jails>

Diapositiva 22: Facilitadores N.º 1 y N.º2

Los facilitadores llevarán a cabo una dramatización para representar diferentes perspectivas (la salud pública frente a los servicios sanitarios de los centros penitenciarios). El propósito de esta dramatización es representar la doble lealtad.

El facilitador N.º 1 actúa según la perspectiva de la salud pública / del proveedor y el facilitador N.º 2 actúa según la perspectiva de los centros penitenciarios / del cumplimiento de la ley.

Facilitador N.º 1 "Necesito continuar entrevistando a este cliente".

Facilitador N.º 2 "Nosotros le pagamos su sueldo y usted debe cumplir con nuestras reglas".

Facilitador N.º 1 "He prestado un juramento y tengo la responsabilidad, como profesional de la salud y de servicios sociales, de respetar los principios de mi profesión".

Cárceles **SERVICIOS SANITARIOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS**

Doble lealtad:
La presión que las normas de seguridad pueden ejercer en nuestra misión principal de atender a nuestros pacientes.

Autonomía:
El derecho de los pacientes de tomar decisiones independientes e informadas sobre su atención.

Confidencialidad
El derecho de los pacientes de recibir atención, de manera confidencial, y que su atención y las historias clínicas sean tratadas de manera confidencial.

Abuso y negligencia de los pacientes:
El personal de atención médica tiene la obligación de registrar e informar cualquier sospecha de abuso o negligencia por parte de los pacientes.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVIDENCIA <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 23: Facilitadores N.º 1 y N.º2

Los facilitadores llevarán a cabo una dramatización para representar diferentes perspectivas (salud pública frente a los servicios sanitarios de los penales). El propósito de esta dramatización es representar la doble lealtad.

El facilitador N.º 1 actúa desde la perspectiva de la salud pública / del proveedor y el facilitador N.º 2 actúa desde la perspectiva de los centros penitenciarios / del cumplimiento de la ley.

Facilitador N.º 2 "El horario de recuento es ahora, debe volver a la celda".

Facilitador N.º 1 "Los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención".

Facilitador N.º 2 "Pueden tomar decisiones informadas en otro momento; mis reglas no contemplan que los reclusos puedan tomar decisiones libremente".

Facilitador N.º 1 "Necesito tiempo para explicar esto".

Facilitador N.º 2 "Salvo que haya una emergencia y deba llamar a una ambulancia, él vendrá conmigo ahora".

(Por otro lado, conocer el departamento de centros penitenciarios y las políticas, normas y pautas de los servicios sanitarios en los centros penitenciarios le será de ayuda cuando deba enfrenar situaciones de violencia entre los oficiales del centro penitenciario y un recluso. Encuentre la manera de sentirse cómodo diciendo que no: ¡No durante mi turno! Hágase conocido(a) como una persona que habla de frente, y que a la vez sabe ser encantador(a).

Facilitador N.º 1 "¿Y si le preguntamos al oficial a cargo de la enfermería si sería posible que hoy el paciente permanezca en la enfermería durante el recuento de reclusos?"

Diapositiva 24: Facilitador N.º 1

Tal como se muestra en la diapositiva, la doble lealtad es un desafío omnipresente cuando se trabaja en un entorno no tradicional como un centro penitenciario. ¿Se siente incómodo? ¿Puede comprometerse sin afectar la eficacia de la atención médica y de la prestación de los servicios?

Ahora realizaremos una serie de actividades centradas en la doble lealtad. El propósito de estas actividades es el siguiente:

1. Familiarizar a los participantes con el concepto de la doble lealtad.
2. Reflexionar y compartir experiencias en grupo relacionadas con el concepto de la doble lealtad.
3. Alentar a los participantes para que prevean posibles casos de doble lealtad.

Cárceles **Doble lealtad**

Doble lealtad es un desafío clave para los proveedores sanitarios de los centros penitenciarios

Atención médica en los centros penitenciarios

- Oportunidad de mejorar el nivel de atención
- Tensión cuando dos entidades trabajan en un sistema con objetivos diferentes

Problemas con la misión en los entornos sanitarios de los centros penitenciarios

- Regimen de aislamiento, tráfico ilegal de personas y traumatismo de cráneo

¿Creen que deberíamos dedicarle tiempo y energía a identificar y abordar problemas que surgen de la doble lealtad?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVIDENCIA

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 24: Continuación

4. Identificar sistemas y ejemplos de doble lealtad en el ámbito de las instituciones.
5. Intercambiar métodos para atenuar los problemas en el ámbito de los sistemas y las instalaciones que surgen como consecuencia de la doble lealtad.

Nuestra primera actividad es una encuesta que tiene una sola pregunta: **¿Creen que deberíamos dedicarle tiempo y energía a identificar y abordar los problemas causados por la doble lealtad?**

Haga una votación o pídale que levanten la mano para dar una respuesta por "Sí" o por "No". Después de la votación, haga un recuento y muestre las respuestas a todo el grupo. Luego presente la siguiente diapositiva.

Fuente: www.hhrjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/

DOBLE LEALTAD

Doble lealtad es una característica omnipresente de los servicios sanitarios en los centros penitenciarios. Esta capacitación nos brinda la oportunidad de analizar temas relacionados con la doble lealtad ...

16. ¿Creen que deberíamos dedicarle tiempo y energía a identificar y abordar los problemas causados por la doble lealtad?

Sí	No	Total
139	61	200
69.5 %	30.5 %	100.0 %

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES PERSONALES EN...
 LA EVIDENCIA

<https://www.hhrjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 25: Facilitador N.º 1

Revise los resultados del estudio GLOWA (citado en la página 32) y compárelos con las respuestas de los participantes.

TRABAJO EN GRUPO

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES PERSONALES EN...
 LA EVIDENCIA

Diapositiva 26: Facilitadores N.º 1 y N.º2

Actividad - sesión de grupo

Divida a los participantes en 3 grupos: cuente alrededor de la sala 1, 2, 3 para tener grupos mixtos con personas que no asistieron juntas a la capacitación.

Facilitador N.º 2

En las hojas de rotafolios ubicadas junto a cada mesa, los grupos deberán enumerar ejemplos de doble lealtad en el ámbito del sistema y de las instituciones. Luego de escribir la lista de ejemplos, intercambien ideas para hacer una lista breve de soluciones y así ayudar a sus compañeros a atenuar / resolver estos problemas. *(Pida a cada grupo que seleccione una persona para tomar notas y otra para que actúe de presentador. La persona que toma notas debe escribir los ejemplos y las soluciones en las hojas de rotafolios. Los presentadores comparten los ejemplos y las soluciones con el resto del grupo y continúa el debate guiado).*

Dirijase nuevamente al grupo general y solicite al presentador de cada grupo que describa las soluciones y los ejemplos identificados.

Después del debate con el grupo general, pida a los participantes que regresen a los tres grupos pequeños. Asigne a cada grupo uno de los tres casos a continuación. Pida a los grupos pequeños que analicen el caso. Ambos facilitadores deberán caminar entre los grupos para alentar el debate. Cuando finalice el debate de los grupos pequeños, vuelva a dirigirse al grupo general. Cada caso será revisado por separado en las siguientes diapositivas. Solicite al presentador de cada grupo que explique el debate que se produjo en su grupo pequeño cuando se les presentó el caso.

Cárceles **CASO 1:**

Un paciente condenado al régimen de aislamiento se ha vuelto cada vez más retraído(a) en las rondas diarias. El paciente tiene una historia médica de trastornos de adaptación, varias conductas de autoagresión y evaluaciones recientes que indican un "comportamiento enfocado en lograr resultados para ejercer influencia en el área de las celdas". El paciente ahora comienza a golpear su cabeza contra las paredes de su celda, lo que le produce algunas cortes. Después de ser trasladado a la sala de primeros auxilios para que le suturen la herida, regresa a la celda de aislamiento.

A. Si las conductas autolesivas de este paciente continúan en aumento, ¿le preocupa que regrese a la celda de aislamiento?

B. ¿En qué áreas alternativas se podría alojar a este paciente?

C. ¿Se siente capaz de abogar para conseguir un lugar diferente para este paciente?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA. <https://www.hipjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 27: Facilitadores N.º 1 y N.º 2
Facilitador N.º 2:

Presente el caso 1 al grupo general y pida a los participantes que voten una respuesta a cada una de las tres preguntas (A, B y C), tal como se indica en la diapositiva. Después de la votación, el Facilitador N.º 2 recibe la devolución del Grupo 1 y verifica si alguno de los 3 grupos tuvo inquietudes similares. Use la estrategia de resolución de problemas entre los participantes para identificar maneras de mejorar la confianza en la defensa del paciente.

Facilitador N.º 1 y N.º 2:

El facilitador N.º 2 resumirá las ideas clave a partir de las devoluciones recibidas para preparar la "conclusión / el cierre", mientras que el facilitador N.º 1 registra los resultados en una tabla.

Cárceles **CASO 1: RESULTADOS**

Si las conductas autolesivas de este paciente parecen ir en aumento, ¿le preocupa que regrese a la celda de aislamiento?

SI	No	No estoy seguro(a)	Total
573	46	45	664
86.3 %	6.9 %	6.8 %	100.0 %

¿En qué áreas alternativas se podría alojar a este paciente?

Unidad de observación de trastornos mentales	Hospital	Prisión general	Otra (especificar a continuación)	Total
563	180	10	49	1314
42.8 %	13.7 %	0.8 %	3.7 %	100.0 %

¿Se siente capaz de abogar para conseguir un lugar diferente para este paciente?

SI	No	No estoy seguro(a)	Total
431	42	138	611
70.5 %	6.9 %	22.6 %	100.0 %

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA. <https://www.hipjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 28: Facilitadores N.º 1 y N.º 2

Revise los resultados del artículo de Glowa (citado en la página 32) y compárelos con las respuestas de la clase.

Cárceles **CASO 2:**

Un cliente transexual está alojado en un área para hombres y está condenado a un año de prisión o menos. Vive con el VIH y manifiesta que tiene sexo sin protección en el área de las celdas con las personas que le interesan. Luego le pide un preservativo.

¿Alguna vez le ha pasado de escuchar algo similar en su entorno de trabajo?

A. ¿Le entrega tres preservativos envueltos al recluso tal como se los entregó la institución sanitaria?

B. ¿Guarda una caja de preservativos en un cajón o en un contenedor de archivos con una copia de la política del departamento penitenciario pegada en la parte superior y permite que el recluso tome lo que necesita?

C. ¿Nunca le da preservativos a los reclusos porque el departamento penitenciario considera que no vale la pena?

D. ¿Informa al recluso que ha violado las normas de seguridad al tener relaciones sexuales con otro recluso dentro del penal?

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA. <https://www.hipjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 29: Facilitadores N.º 1 y N.º 2
Facilitador N.º 2:

Presente el caso 2 a todo el grupo y pida a los participantes que seleccionen una respuesta para cada una de las tres preguntas (A, B y C), tal como se indica en la diapositiva. Después de registrar las respuestas, el Facilitador N.º 2 recibe la devolución del Grupo 2 y verifica si alguno de los 3 grupos planteó inquietudes similares. Use la estrategia de resolución de problemas entre los participantes para identificar maneras de mejorar la confianza en la defensa del paciente.

Facilitadores N.º 1 y 2:

El facilitador N.º 2 resumirá las ideas clave a partir de las devoluciones recibidas para preparar la "conclusión / el cierre", mientras que el facilitador N.º 1 registra los resultados en una tabla.

Cárceles **CASO 2: RESULTADOS**

3. ¿Alguna vez le ha pasado de escuchar algo similar en su entorno de trabajo?

SI	No	Total
192	455	647
29.7 %	70.3 %	100.0 %

4. Usado

¿Le entrega 3 preservativos al recluso, tal como se los entregó la institución sanitaria?	¿Guarda una caja de preservativos en un cajón o en un contenedor de archivos con una copia de la política del departamento penitenciario pegada en la parte superior y deja que el recluso tome lo que necesita?	¿Nunca le da preservativos a los reclusos porque el penal considera que no vale la pena?	¿Informa al recluso que ha violado las normas de seguridad al tener relaciones sexuales con otro recluso dentro del penal?	Total
339	76	27	167	609
55.7 %	12.5 %	4.4 %	27.4 %	100.0 %

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA. <https://www.hipjournal.org/2015/03/data-driven-human-rights-using-dual-loyalty-trainings-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 30: Facilitador N.º 1

Revise los resultados del artículo de Glowa (citado en la página 32) y compárelos con las respuestas de los participantes.

Tenga en cuenta el índice de profesionales de la salud cuya lealtad ha sido transferida a las autoridades del centro penitenciario.

Consulte las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la distribución de preservativos en los centros penitenciarios: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43806/9789241596190_eng.pdf;jsessionid=B32280FF48ABE1CE8CE96D534CDBCC78?sequencia=1

(Para obtener más información, consulte también el ejemplo de Washington DC; la Orden de operaciones de NYC en el manual Coordinación de la atención médica de transición, y las cárceles de Filadelfia, Pensilvania y el condado de Los Ángeles, California).

Cárceles **CASO 3:**

Durante la ronda nocturna, oficiales penitenciarios llevan a un paciente esposado a la enfermería del penal. Los oficiales y el paciente se gritan y forcejean. El paciente es llevado a un compartimiento de la enfermería y los oficiales le solicitan al médico que lo atienda por una lesión. Cuando el médico se acerca al compartimento, varios oficiales ingresan y comienzan a golpear al paciente, que está esposado, y le provocan lesiones en el rostro. Luego un comisario del penal se dirige al médico y le dice: "Entre aquí y haga su trabajo para que podamos llevar al recluso de vuelta a su celda".

A. ¿Alguna vez ha enfrentado o escuchado algo de este tipo en su ámbito de trabajo?
 B. ¿Cómo respondería si fuera el médico?
 C. ¿Con quién se comunicaría para pedir ayuda?

DIFFUSION DE INTERVENCIONES PROMEDIAS DE LA EVIDENCIA | <https://www.Hypjournal.org/2015/03/03/data-driven-human-rights-using-duck-loyalty-training-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 31: Facilitadores N.º 1 y N.º2

Presente el caso 3 a todo el grupo y pida a los participantes que elijan una respuesta para cada una de las tres preguntas (A, B y C), tal como se indica en la diapositiva. Después de registrar las respuestas, el Facilitador N.º 2 recibe la devolución del Grupo 3 y verifica si alguno de los 3 grupos planteó inquietudes similares. Use la estrategia de resolución de problemas entre los participantes para identificar maneras de mejorar la confianza en la defensa del paciente.

El facilitador N.º 2 resumirá las ideas clave a partir de las devoluciones recibidas para preparar la "conclusión / el cierre", mientras que el facilitador N.º 1 registra los resultados en una tabla.

Cárceles **CASO 2: RESULTADOS**

12. ¿Alguna vez ha visto o escuchado algo de este tipo en su sistema de trabajo?

Si	No	Total
94	509	603
15.6 %	84.4 %	100.0 %

13. ¿Cómo respondería si fuese el médico?

Habría lo que dice el personal del penal.	Me negaría a atender al paciente.	Intentaría que el personal del penal deje de pegarle al paciente.	Total
63	74	447	584
10.8 %	12.7 %	76.5 %	100.0 %

14. ¿Con quién podría comunicarse para obtener ayuda?

Personal de la enfermería (por ejemplo, un SMO o HSA)	Corrían Operations	Jefe de rondas del penal	Oficina del penal	Institución sanitaria	Otra (especifique a continuación)	Total
401	329	315	56	242	30	1373
29.2 %	24.0 %	22.9 %	4.1 %	17.6 %	2.2 %	100.0 %

DIFFUSION DE INTERVENCIONES PROMEDIAS DE LA EVIDENCIA | <https://www.Hypjournal.org/2015/03/03/data-driven-human-rights-using-duck-loyalty-training-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 32: Facilitador N.º 1

Consulte los resultados del trabajo de investigación de Glowa (citado en la página 32) y compárelos con las respuestas de los participantes.

Cárceles **CONCLUSIÓN**

"En el ámbito sanitario de los centros penitenciarios, todos los miembros del personal sanitario deben entender que es posible que existan casos de abuso al paciente, además del efecto que tiene la doble lealtad en sus trabajos individuales. Asimismo, los administradores que trabajan en este ámbito deben modificar sus sistemas de vigilancia, de presentación de informes y de información sanitaria para que el personal pueda describir con precisión la realidad que enfrentan tanto ellos como sus pacientes. En definitiva, los sistemas de salud en el ámbito penitenciario son los más adecuados para promover la salud y el bienestar de sus pacientes".

¿Está de acuerdo?

DIFFUSION DE INTERVENCIONES PROMEDIAS DE LA EVIDENCIA | <https://www.Hypjournal.org/2015/03/03/data-driven-human-rights-using-duck-loyalty-training-to-promote-the-care-of-vulnerable-patients-in-jail/>

Diapositiva 33: Facilitadores N.º 1 y N.º2

Analice las devoluciones y prepare una "conclusión / un cierre" aportando puntos / temas importantes planteados por los participantes en los distintos casos, así como también involucrando a los participantes en un debate sobre la cita que se lee en la diapositiva.

Facilitador N.º 2

Al finalizar el módulo, el Facilitador N.º 2 debe recopilar las notas (las hojas de rotafolios) o tomar fotografías si las notas fueron registradas en la pizarra.

Facilitador N.º 1

En el siguiente módulo, analizaremos cómo se implementan las políticas y los principios rectores.

CIERRE

"Posteriormente analizaremos cómo poner en práctica estos principios rectores."



Módulo 5 :

Modelo de coordinación de la atención médica de transición

Temas abordados: Elementos fundamentales

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Identificar cada uno de los cinco elementos fundamentales de la intervención.
 - Establecer el primer contacto con el cliente en la cárcel.
 - Elaborar un plan de atención médica de transición junto con el cliente.
 - Favorecer una transición colaborativa durante la encarcelación y después de ser liberados.
 - Diseñar propuestas de seguimiento luego de la vinculación con la atención médica, para alentar a que no abandonen la atención sanitaria.
 - Diseñar protocolos para iniciar la transición de los clientes a los tratamientos habituales durante 90 días luego de haber sido liberados y cerrar los casos.
- Llevar a cabo una evaluación funcional y fijar objetivos para fortalecer la implementación de la intervención basada en la evaluación.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT



APUNTES

- “Herramienta de evaluación funcional” (diapositiva 4 en el módulo 2) y “Herramienta para fijar objetivos” (diapositiva 5 en el módulo 2)



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de coordinación de la atención médica de transición (específicamente el cuadro de los elementos fundamentales y la secuencia del proceso): <https://nextlevel.targethiv.org/deii/jails>

DESARROLLO

ACTIVIDADES:

Los grupos específicos de la organización revisarán la Herramienta para la evaluación funcional y la Herramienta para fijar objetivos. Completarán las herramientas usando las instrucciones en el Módulo 2. Primero, los equipos evaluarán el sistema tal como existe en la Herramienta para la evaluación funcional y luego utilizarán la Herramienta para fijar objetivos. Los equipos analizarán cada uno de los elementos fundamentales, identificarán la entidad responsable y evaluarán la disposición para implementar las aptitudes fundamentales. Mediante la Herramienta para fijar objetivos, los equipos identificarán las áreas donde es posible que se necesiten protocolos, políticas y prácticas adicionales o modificaciones en tales documentos.

APUNTES:

Tenga lista las copias de la Herramienta para la evaluación funcional y la Herramienta para fijar objetivos (del módulo 2) para los participantes. A medida que analiza las secciones de las diapositivas pertinentes, pídale a los participantes que presten atención al cuadro de los elementos fundamentales y a la secuencia de trabajo en el manual Coordinación de la atención médica de transición.

DEBATE GUIADO:

- Se revisan la Herramienta para la evaluación funcional y la Herramienta para fijar objetivos del participante. Si varias organizaciones participan en la capacitación, promover un debate entre las organizaciones. Esto permitirá que los participantes de diferentes organizaciones aprendan a partir del entorno de los demás y recaben ideas sobre cómo abordar las deficiencias identificadas.
- Los participantes participarán en un debate a lo largo de todo el módulo. Compartirán estrategias para implementar la secuencia de trabajo y los elementos fundamentales dentro de su ámbito local. Los equipos volverán a analizar la herramienta para la evaluación funcional después de haber adquirido estos conocimientos e identificarán dónde es posible que se necesiten políticas y procedimientos adicionales o modificaciones en tales documentos. Ejemplos de preguntas para guiar el debate:
 - ¿Los responsables de cada elemento fundamental cuentan con las aptitudes fundamentales para realizar las tareas?
 - ¿Qué recursos o modificaciones adicionales pueden ser necesarios?
 - ¿Es necesario realizar cambios estratégicos en las funciones y las responsabilidades?
 - ¿Tiene usted la responsabilidad, la autoridad o los recursos para completar cada uno de los elementos fundamentales y ejercer las aptitudes fundamentales?
 - ¿Se han desarrollado los procesos / secuencias de trabajo relacionados?
 - ¿Es necesario modificarlos para que se ajusten a la secuencia de trabajo en la coordinación de la atención médica de transición?

Palabras y frases clave

- *Elementos fundamentales*
- *Primer contacto*
- *Plan de atención médica de transición*
- *Transición colaborativa*
- *Vínculo con la atención médica*
- *Transición a los tratamientos habituales*



Modalidad de instrucción

Este es un módulo guiado por dos personas:

El módulo utiliza un enfoque de trabajo basado en **“equipos de relevo”**, un debate guiado y actividades.



Duración aproximada de la sesión.

Total: 2 horas, 15 minutos

- 2 unidades/14 Diapositivas:
1 hour and 45 minutos
- Actividad:
30 minutos

UNIDAD 1



Diapositiva 1: Facilitador N.º 1

Durante toda la presentación, consulte el Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición y revise las actividades de implementación de la intervención para cada uno de los 5 elementos fundamentales.



Diapositiva 2: Facilitadores N.º 1 y N.º 2

Facilitador N.º 1

Consulte la secuencia del proceso para la intervención en el Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición. El objetivo de esta intervención es establecer un programa de vinculación para las personas que viven con el VIH a fin de apoyar su participación en la atención primaria del VIH y los servicios de apoyo necesarios luego de la liberación y a medida que se reincorporan a la comunidad.

Facilitador N.º 2

Mientras el Facilitador N.º 1 analiza esta secuencia del proceso, circule entre las mesas para ayudar a los participantes a ubicar las secciones pertinentes en el Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Identificar cada uno de los "5 elementos fundamentales" de la intervención.

- 1) Establecer el primer contacto con el cliente en la cárcel.
- 2) Elaborar un plan de atención médica de transición junto con el cliente.
- 3) Favorecer una transición colaborativa durante la detención y después de la liberación.
- 4) Diseñar propuestas de seguimiento luego de la vinculación con la atención médica para alentar que los clientes continúen con el tratamiento.
- 5) Diseñar protocolos para iniciar la transición de los clientes a los tratamientos habituales durante 90 días luego de haber sido liberados y cerrar los casos.

Diapositiva 3: Facilitador N.º 1

Vamos a revisar cada uno de los 5 elementos fundamentales. Asegúrese de seguir el Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición para entender y conocer cada uno de los 5 elementos fundamentales, y también qué debe pasar en cada etapa para poder cumplir con los requisitos de la intervención.

Los elementos fundamentales de la intervención que no pueden modificarse, adaptarse o cambiarse son los siguientes:

1. Establecer el primer contacto con el cliente en la cárcel.
2. Elaborar un plan de atención médica de transición junto con el cliente.
3. Favorecer una transición colaborativa durante la detención y después de ser liberados.
4. Diseñar propuestas de seguimiento luego de la vinculación con la atención médica, para alentar a los clientes a que no abandonen la atención sanitaria.
5. Diseñar protocolos para iniciar la transición de los clientes a los tratamientos habituales durante 90 días luego de haber sido liberados y cerrar los casos.

Cárceles

TRANSICIONES COLABORATIVAS:
Vínculos con la atención médica

- El Coordinador de la atención (CA) programa una cita para que el cliente se vincule con la atención primaria y lo acompañe al médico.
 - El CA ayuda a eliminar los obstáculos que pudiesen surgir en la primera cita, por ejemplo el transporte.
- El CA prepara al cliente para su liberación a la comunidad, ordenada por las autoridades del penal o judiciales.

Manual de Implementación, pág. 14, Anexos F y G.

Diapositiva 9: Facilitador N.º 1

Usar un enfoque de transición colaborativa es clave para favorecer las vinculaciones con la atención médica y lograr que los clientes concurren a las citas con los proveedores de la comunidad. A medida que elabora el plan junto con su cliente, debe prever futuros obstáculos. En cada sesión, verifique que no hayan surgido nuevos obstáculos para poder ayudar al cliente con los primeros pasos críticos luego de la liberación.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Usted coordinó la continuidad de la atención y el tratamiento, incluida la provisión de medicamentos por 7 días y medicamentos recetados que se pueden adquirir luego de reincorporarse a la comunidad?
- ¿Tiene usted un pase de automóvil o transporte público que le permita acompañar a su cliente a las citas médicas luego de su liberación?
- ¿Sabe dónde puede ubicar a su cliente en la comunidad? ¿Sabe a quién puede llamar en caso de una emergencia?
- ¿Necesita el cliente un plan de seguridad en caso de violencia doméstica o riesgo de sobredosis?

Asegúrese de documentar la vinculación con la atención médica, incluido mantenerse en contacto habitualmente con su red de proveedores y llevar un registro de las citas programadas. ¿Usted envía a las personas al programa adecuado para su situación o al programa que tiene vacantes? Asegúrese de que los proveedores sean los adecuados en términos culturales, y que puedan abordar las diversas necesidades del cliente, por ejemplo, vivienda, empleo y tratamientos médicos. ¿Cuenta usted con un lugar de servicios integrales orientado para las personas que regresan a sus hogares luego de su liberación?



Diapositiva 10: Facilitador N.º 1

Ahora vamos a revisar las actividades y los pasos previstos en el plan de trabajo relacionados con el cuarto elemento fundamental: cómo diseñar enfoques para hacer el seguimiento luego de la vinculación con la atención primaria para que los clientes no abandonen la atención médica.

Cárceles

SEGUIMIENTO DE 90 DÍAS:

Estrategias para tener en cuenta

- El Coordinador de la atención (CA) demuestra conocer los recursos de la comunidad y diversos proveedores.
- El CA está dispuesto a reunirse con el cliente en un lugar que sea apropiado para este último.
- El CA es flexible y está atento a las necesidades del cliente.
- El CA orienta al cliente para que no abandone la atención primaria del VIH.
- El CA anima al cliente para que cumpla con el tratamiento antirretroviral (TAR) y otros tratamientos terapéuticos.
- El CA usa preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones, resúmenes, escuchas activas y respuestas imparciales.
- El CA respalda la toma de decisiones del cliente.
- El CA respalda al cliente en el cumplimiento de las condiciones de libertad bajo palabra / condicional, incluida (sujeto a la autorización del cliente) la comunicación con el funcionario a cargo de la libertad bajo palabra / condicional.

OPUSCULO DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 11: Facilitador N.º 1

Desde el momento de la liberación hasta la vinculación con la atención médica y más adelante, es muy importante apoyar a su cliente y permanecer en contacto para sus controles. Recuerde que su cliente puede estar en riesgo de muerte en las primeras semanas luego de la liberación (por ejemplo, por sobredosis y enfermedades relacionadas con el estrés). Manténgase en contacto. Conviértase en su faro.

Piense de qué manera llevará a cabo las siguientes actividades según las realidades de su sistema local:

- Ayudar a completar los formularios.
- Programar derivaciones y citas.
- Llamadas / mensajes recordatorios.
- Organizar el transporte, el cuidado de los niños, servicios de interpretación y defensoría.
- Ayudar con los servicios sociales incluidos, entre otros, la alimentación, vestimenta y una vivienda segura.
- Ayudar con los subsidios sociales y beneficios.
- Abordar necesidades actuales de tratamientos psíquicos y por consumo de sustancias.
- Asegurar el acceso continuo al seguro médico.
- Asegurar el acceso continuo a los medicamentos.

Continuar utilizando las técnicas de entrevistas motivacionales centradas en el cliente y con conocimiento de la situación traumática para respaldar la vinculación y el mantenimiento de la atención médica de los clientes.

Cárceles

TRANSICIÓN A LOS TRATAMIENTOS HABITUALES: Cierre del caso

Los siguientes son actividades continuas que se deben realizar durante el tiempo que la persona está en prisión.

El Coordinador de la atención (CA) establece la fecha de la cita para la atención médica luego de la liberación. El CA respalda al cliente en la preparación de la liberación y la fecha de liberación del cliente.

El CA anima al cliente para que cumpla con el tratamiento antirretroviral (TAR) y otros tratamientos terapéuticos.

El CA respalda al cliente en el cumplimiento de las condiciones de libertad bajo palabra / condicional, incluida (sujeto a la autorización del cliente) la comunicación con el funcionario a cargo de la libertad bajo palabra / condicional.

El CA anima al cliente para que cumpla con el tratamiento antirretroviral (TAR) y otros tratamientos terapéuticos.

El CA usa preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones, resúmenes, escuchas activas y respuestas imparciales.

El CA respalda la toma de decisiones del cliente.

El CA respalda al cliente en el cumplimiento de las condiciones de libertad bajo palabra / condicional, incluida (sujeto a la autorización del cliente) la comunicación con el funcionario a cargo de la libertad bajo palabra / condicional.

OPUSCULO DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 12: Facilitador N.º 1

Ahora vamos a revisar las actividades y los pasos en el plan de trabajo relacionados con el quinto elemento fundamental: cómo acompañar al cliente en el proceso de transición a los tratamientos habituales y cerrar el caso.

Cárceles

TRANSICIÓN A LOS TRATAMIENTOS HABITUALES: Cierre del caso

- El Coordinador de la atención (CC), el Coordinador asistencial y el cliente están todos presentes en la reunión de transición y juntos revisan el plan de la atención de transición. Luego transfieren el plan al coordinador asistencial, quien se encargará de apoyar sus esfuerzos.
- EL CA facilita una transición afectuosa y compasiva al coordinador asistencial en el organismo de la comunidad.
- Las funciones del CA y del coordinador asistencial se analizan junto con el cliente.
- Se plantean al coordinador asistencial los conflictos y obstáculos permanentes que debe enfrentar el cliente para tener acceso a la atención médica.

EDUCACIÓN DE INTERVENCIÓNES
FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Manual de implementación, pág. 18.

Diapositiva 13: Facilitador N.º 1

Ahora analicemos cómo acompañar al cliente en su transición a los tratamientos habituales. ¿Cuenta con servicios de coordinación asistencial del Programa Ryan White de ayuda contra el VIH-sida en su organización o sistema? ¿Tiene relaciones con otros coordinadores asistenciales?

Recuerde que la intervención Coordinación de la atención médica de transición brinda a los clientes un seguimiento de 90 días luego de su liberación. Luego de presentar el cronograma en la primera sesión, comience a facilitar activamente la transición a los tratamientos habituales en un plazo máximo de 4 semanas antes de que finalice el período de 90 días posterior a la liberación.

Para aquellos que todavía no están listos para los tratamientos habituales, la intervención podría extenderse según cada caso. Por ejemplo, si el cliente aún no está vinculado con la atención médica.

¿Le preocupa saber si el cliente estará en buenas manos? ¡Bien! Asegúrese de que las instituciones asociadas de la comunidad imiten su dedicación, compromiso y trabajo arduo y elija instituciones que cumplan y superen expectativas respecto de los pasos previstos en el plan de trabajo.

Asimismo, asegúrese de reunirse con el coordinador asistencial de la comunidad y el cliente para compartir sus conocimientos y respaldar la relación continua que mantienen con el cliente. Por ejemplo, dele un consejo o recurso al coordinador asistencial de la comunidad para que lo comparta con el cliente (en lugar de compartirlo usted mismo) con el objetivo de forjar su relación. ¡Muéstrole que ambos pertenecen al mismo equipo!

CONSEJO: Recuerde que acompañar al cliente en su transición a los tratamientos habituales puede suponer una capacitación adicional, asistencia técnica y respaldo, ya que la idea de ofrecer una intervención a corto plazo y luego transferirle la posta a otro proveedor tiende a generarles ansiedad a los intervencionistas, que pueden terminar transfiriendo esa ansiedad al cliente. Esté atento a esto y considérela viable en esta capacitación y en futuras capacitaciones.

Se recomienda expresamente la supervisión clínica por parte de un profesional autorizado de la salud mental como parte de la implementación de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición* para abordar este y otros temas relacionados con el bienestar del personal, incluida la transferencia y la contratransferencia.

Asimismo podría ofrecerles capacitación a los coordinadores asistenciales de la comunidad para que entiendan la intervención y las diversas cuestiones interrelacionadas que pueden enfrentar los reclusos.

UNIDAD 2

**Diapositiva 14: Facilitador N.º 1**

Actividad: Consulte el módulo 2 (Evaluación funcional: Representación / Evaluación de la secuencia), diapositiva 3 para consultar las instrucciones sobre la Evaluación funcional y la Fijación de objetivos. En primer lugar, los equipos específicos de las instituciones evaluarán el sistema tal como existe en la hoja de ejercicios para la evaluación y luego utilizarán la herramienta para fijar los objetivos.

Esta actividad guiada requiere que ambos facilitadores circulen entre los equipos y los inviten a participar de las conclusiones. Lo ideal es que cada equipo tenga acceso a una computadora para configurar el color de las letras, primero en la diapositiva 4 del módulo 2 y luego en la diapositiva 5 del módulo 2, para cada elemento y aptitud fundamental enumerados. De lo contrario, pueden usar las dos hojas de ejercicios (diapositivas 4 y 5 del módulo 2) para escribir el nombre y el tipo de organización en las hojas de ejercicios impresas. Los participantes que completan la actividad por escrito deben contar además con lápices y bolígrafos de colores para cambiar el color de la letra de acuerdo con las instrucciones en el módulo 2.

Facilitador N.º 1

Revise cada uno de los elementos fundamentales: identifique la entidad principal, evalúe la predisposición para implementar las aptitudes fundamentales e identifique dónde podrían necesitarse actividades complementarias o modificaciones a los protocolos, las políticas y las prácticas actuales.

- ¿Los responsables de cada elemento fundamental cuentan con las aptitudes fundamentales para realizar las tareas?
- ¿Qué recursos o modificaciones adicionales pueden ser necesarios?
- ¿Es necesario realizar cambios estratégicos en las funciones o las responsabilidades? ¿Tiene usted la responsabilidad, la autoridad o los recursos para completar cada uno de los elementos fundamentales y ejercer las competencias fundamentales?
- ¿Se han desarrollado procesos y secuencias de trabajo relacionados? ¿Es necesario modificarlos para que se adecúen a la secuencia del proceso en la coordinación de la atención médica de transición?
- ¿De qué manera participarán las organizaciones asociadas? ¿Debe capacitar a las instituciones asociadas sobre la intervención o negociar con ellas?

CIERRE

“Ahora analizaremos la función de enlace con los tribunales. Esta es una función muy importante de la intervención Coordinación de la atención médica de transición que puede ayudar a satisfacer las necesidades de los clientes”.



Módulo 6 : Introducción a la función de enlace con los tribunales

Temas abordados: Entender los recursos necesarios para implementar una función de enlace con los tribunales como parte de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*.

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Entender los fundamentos de la función de enlace con los tribunales, incluida la parte A del programa Ryan White: Gestión de casos no médicos, tribunales en pos de tratamientos alternativos y afiliados.
- Identificar la población / los recursos para conocer las afecciones actuales por jurisdicción.
- Identificar diferentes enfoques para implementar alternativas al encarcelamiento / programas alternativos para cumplir las condenas y métodos para una justicia alternativa
- Entender las secuencias de trabajo iniciados por el funcionario de enlace con los tribunales
- Demostrar los posibles resultados según a) el origen de las derivaciones y b) las afecciones actuales
- Identificar los desafíos y recursos
- Desarrollar estrategias para establecer contactos.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT



APUNTES

- Apuntes de la presentación (hojas de ejercicios incluidas en las diapositivas del PowerPoint)



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/jails>
- Cruzado-Quinones, J, Jordan, AO, ét. al. Tool + Tips for Providing Transitional Care Coordination Handbook. <https://targethiv.org/ihip/tools-tips-providing-transitional-care-coordination>
- Guía de identificación de recursos: Nacional y local
- Jordan, A.O., Cruzado-Quinones, J., Sinnreich, R., Hane, L., MacDonald, R., Rosner, Z., Venters, H.D., Zack, B., Sterns, M., Siegle, A. Dansby, A., Paine-Thaler, C., Ptah-Riojas, A., & DiLonardo, S. (2015). Nexo entre la salud pública y la salud en los centros penitenciarios: Policies and Practice. Presentado en la Asamblea anual de la Asociación Americana de Salud Pública <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session46024.html>

DESARROLLO

ACTIVIDADES Y DEBATE GUIADO:

Los participantes intervendrán en debates, en grupos pequeños, durante todo el módulo a fin de preparar las bases para desarrollar un enfoque basado en un enlace sanitario con los abogados defensores, llamado enlace con los tribunales. Los participantes pondrán en práctica la función de enlace con los tribunales (diapositiva 16), participando en un ejercicio de dramatización a fin de identificar una necesidad, intercambiar ideas sobre posibles soluciones y negociar para encontrar una solución. La dramatización finalizará con un debate guiado que se centrará en las siguientes preguntas:

- ¿El identificador piensa que el solicitante entendió la necesidad identificada?
- ¿Sintió que la parte demandada lo (la) escuchó? ¿Avanzan hacia un acuerdo mutuo para abordar la necesidad identificada?
- ¿La parte demandada se sintió preparada para dirigirse al solicitante? ¿Se encontraban las personas correctas en la sala? ¿La parte demandada se sintió útil al poder ayudar al solicitante?

APUNTES:

Se distribuyen las hojas de ejercicios para ayudar a los participantes a identificar a los colaboradores clave (diapositiva 7), las afecciones que tienen consecuencias en las derivaciones a un funcionario de enlace con los tribunales (diapositiva 9), el origen de las derivaciones (diapositiva 13) y las secuencias de trabajo (diapositiva 11). Los participantes practicarán la función Funcionario de enlace con los tribunales (diapositiva 16).

Palabras y frases clave

- Enlace sanitario con los tribunales
- Enlace con los tribunales
- Alternativas al encarcelamiento
- Justicia alternativa
- Abogado defensor



Modalidad de instrucción

Este es un módulo guiado por dos personas:

El módulo utiliza un enfoque de trabajo basado en **“equipos de relevo”**, un debate guiado y actividades.



Duración aproximada de la sesión.

Total: 2 horas

- 5 unidades/15 Diapositivas: 2 horas

UNIDAD 1



INTRODUCCIÓN A LA FUNCIÓN DEL ENLACE SANITARIO CON LOS ABOGADOS DEFENSORES DE LOS TRIBUNALES

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 1: Facilitador N.º 1

El objetivo de esta sesión de capacitación es entender los fundamentos de la figura del funcionario de enlace sanitario con los abogados defensores de los tribunales, a través de una función de enlace con los tribunales, como parte de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*.

Cárceles ANTECEDENTES E HISTORIA

- 1989:** Se crea el primer tribunal para el tratamiento de adicciones en Miami, Florida.
- 2004:** El Servicio sanitario de los centros penitenciarios de Nueva York (CHS) crea el programa de planificación del alta médica.
- 2005:** El CHS de NY crea el Modelo de continuidad asistencial para personas con el VIH (HCCM).
- 2007:** La iniciativa de la vinculación en las cárceles creada por el Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS) de la Administración de Servicios y Recursos Sanitarios (HRSA) financia el HCCM de NY usando la figura del funcionario de enlace sanitario.
- 2008:** Los representantes del CHS y de los tribunales para el tratamiento de adicciones de NY trabajan en formas colaborativas.
- 2012:** En EE. UU. y sus territorios, funcionan 2734 tribunales para el tratamiento de adicciones
- 2015:** El SPNS de la HRSA busca replicar el HCCM usando la figura del funcionario de enlace sanitario

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA <https://tqpha.corflex.com/tqpha/143am/webprogram/Session46224.html>

Diapositiva 2: Facilitador N.º 1

Para comenzar, explicaremos el contexto en el que surgió la justicia alternativa y las medidas que sustituyen el encarcelamiento. Esta cronología incluye la creación del modelo de coordinación de la atención médica de transición mediante el cual la ciudad de Nueva York observó que, en promedio, las personas que viven con el VIH permanecían en la cárcel durante más tiempo que los demás reclusos. Esto incluye a las personas en libertad bajo palabra debido a la falta de opciones de tratamiento médico en el programa estatal penitenciario de tratamientos en centros de rehabilitación (*Edgecombe*).

El programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina del VIH/SIDA, lanzó la iniciativa "Cómo fortalecer las vinculaciones con la atención primaria y los servicios sanitarios del VIH en los ámbitos penitenciarios" (más conocida como la Iniciativa de vinculación en las cárceles o *EnhanceLink*). Esta iniciativa ayudó a demostrar que el funcionario de enlace con los tribunales, junto con los servicios de coordinación asistencial del programa Ryan White de ayuda contra el VIH/SIDA, podía enviar documentación con el consentimiento firmado al abogado del cliente, para suministrar información con el fin de ayudar a los tribunales a tomar decisiones fundamentadas sobre las alternativas de tratamientos y la imposición de condenas. Al brindarles a los abogados defensores un plan de los tratamientos disponibles, se logró resolver causas judiciales y reducir los plazos de espera de las sentencias, lo que aumentó el número de liberaciones en la comunidad (80 % frente a un 60 % antes de la implementación).

Cárceles FUNCIONARIO DE ENLACE CON LOS TRIBUNALES

El funcionario de enlace sanitario lleva a cabo las siguientes actividades:

- Agiliza lo siguiente**
 - Recursos de la comunidad como alternativas a las detenciones
 - Asignaciones a programas fundados en estudios médicos como alternativas a la encarcelación continua, por ejemplo,
 - asignación a programas (por ej., tratamiento por consumo de sustancias) y
 - liberación por razones humanitarias (por ej., cuidados paliativos / enfermería especializada)
- Desarrolla planes de servicio**
 - para atender las necesidades de ayuda social y sanitaria de las personas
 - y abordar la seguridad pública.
- Recopila información sanitaria. Incluidos**
 - el resumen de la historia clínica, los resultados de laboratorio, los estudios de detección de tuberculosis y la historia clínica psicosocial,
 - el formulario de la evaluación médica del paciente para el traslado a una residencia para adultos mayores,
 - las necesidades de la coordinación de atención del paciente (por ejemplo, una carta del médico)
- Coordina el plan de atención**
 - con el abogado defensor y el personal sanitario del centro penitenciario
 - con los proveedores penitenciarios y de la comunidad
- Asesora a los tribunales / al fiscal con la autorización del abogado defensor**

Solicita el consentimiento del participante. PRIMERO se pone en contacto con el abogado defensor para solicitarle autorización y colaborar con los pasos siguientes.

DIFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA <https://tqpha.corflex.com/tqpha/143am/webprogram/Session46224.html>

Diapositiva 3: Facilitador N.º 1

Esta es una lista de las actividades que serán llevadas a cabo por el funcionario que actúa de enlace con el tribunal a fin de suministrar la información requerida por los abogados defensores y así brindar asistencia con la causa del cliente. Los resultados pueden ser la asignación a un programa, la reducción de la condena o cualquier otra resolución.

Cárceles

COLABORADORES Y ABOGADOS DEFENSORES DE LOS TRIBUNALES DE NUEVA YORK

- Sociedad de ayuda legal y División de servicios de libertad bajo palabra de la Sociedad de ayuda legal
- Tribunal para tratamientos de adicciones
- Tratamientos alternativos para una comunidad segura (TASC)
- Abogados defensores del Bronx
- Servicios de representación legal en Brooklyn
- Servicios de representación legal para los residentes de Harlem
- Servicios de representación legal en el condado de Nueva York
- Tribunal comunitario de Midtown
- Tribunal para el tratamiento de adicciones (DTAP)
- Abogados gratuitos designados por un tribunal (18b)
- Abogados privados

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

<https://tapha.cortex.com/tapha/143on/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 4: Facilitador N.º 1

Las dos diapositivas siguientes describen un plan de acción para iniciar un proceso de enlace con el tribunal. Las asociaciones con otras organizaciones son clave para el enlace con el tribunal, incluidas las asociaciones que ofrecen asistencia legal y los abogados de oficio. Asimismo, es fundamental trabajar con los tribunales para el tratamiento de adicciones. Esto supone un poco más de trabajo porque también exigen evaluaciones del estado psíquico o consumo de sustancias. Es probable que el personal que trabaja en estos tipos de tribunales tenga una lista de los programas con los que trabajan y que busquen determinar tanto la disponibilidad del programa como la elegibilidad de los clientes para estos programas. El abogado debe involucrarse y el proveedor sanitario del centro penitenciario debe suministrar las historias clínicas. Esto puede representar un verdadero desafío, ya que usted deberá manejarse a través de varios sistemas, y esto supone mantener una comunicación continua, establecer contactos y relaciones, llevar a cabo un seguimiento minucioso y ser perseverante.

Cárceles

POSIBLES MIEMBROS ASOCIADOS Y COLABORADORES DE LOS TRIBUNALES

- Defensores de oficio
- Abogados gratuitos designados por un tribunal (18b)
- Abogados privados
- Tratamientos alternativos para una comunidad segura (TASC)
- Tribunales de familia
- Tribunales para el tratamiento de adicciones

¿Qué recursos están disponibles en su comunidad?
Averigüe cuáles son y programe una primera reunión para conocerse y analizar cómo pueden ofrecerse ayuda mutua.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

<https://tapha.cortex.com/tapha/143on/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 5: Facilitador N.º 1

Ahora analicemos qué recursos están disponibles en su comunidad. Luego de mirar la lista de posibles miembros asociados y colaboradores de los tribunales en su zona, ¿se le ocurre por dónde podría comenzar? ¿Sabe si hay recursos disponibles en su comunidad?

¿Cuál de ellos forma parte del sistema judicial penal de su área con el que le gustaría trabajar? ¿Puede invitar a estas personas a una primera reunión para conocerse?

Haga una lista de los recursos disponibles en su comunidad. Use las hojas de trabajo como guía (consulte las diapositivas 7, 9, 11, 13 y 16).

Cárceles

TRIBUNALES DE JUSTICIA ALTERNATIVA DE NUEVA YORK

Tribunales para el tratamiento de adicciones.
- Los tribunales para el tratamiento de adicciones atienden a personas sin antecedentes penales acusadas de cometer delitos sin violencia y son supervisadas por programas de tratamiento por consumo de sustancias

Tratamiento de desintoxicación como alternativa al encarcelamiento
- Estos tratamientos son para aquellas personas que enfrentan cargos por delitos graves y están a cargo de las oficinas del fiscal de distrito

Alternativas al encarcelamiento
- Estas son asignaciones al programa de tratamiento por abuso sexual, ordenados por el tribunal y supervisadas por magistrados

Programas de alternativa judicial
- Estos programas quedan a discreción del juez (Sección 216)

Tratamientos alternativos para una comunidad segura (TASC)
- Estos tratamientos agilizan los tratamientos ordenados por los tribunales para todos los habitantes, pero no está disponible en Manhattan <http://nationaltasc.org/>

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

<https://tapha.cortex.com/tapha/143on/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 6: Facilitador N.º 1

Existen diferentes enfoques respecto de las alternativas al encarcelamiento y los programas de justicia alternativa. Si bien esta es una lista de los recursos disponibles en Nueva York, lo importante es identificar los recursos disponibles y el enfoque aplicado en su jurisdicción.

En Nueva York, existen diferentes tipos de tribunales para el tratamiento de adicciones y los programas se financian mediante acuerdos con los tribunales. El juez puede remitir a los clientes a programas de tratamientos alternativos para una comunidad segura. Si este proceso está disponible en su zona, ¿quién ayuda a optimizarlo? El personal a cargo de estos tratamientos son especialistas en esta área y estarán agradecidos de contar con un socio que trabaje en los centros penitenciarios.

Cárceles

HOJA DE EJERCICIOS: TRIBUNALES DE JUSTICIA ALTERNATIVA

<p>Tribunales para el tratamiento de adicciones - A cargo de fiscales:</p>	<p>Tratamiento alternativo para una comunidad segura (TASC) - Agiliza el tratamiento ordenado por el tribunal:</p>
<p>Alternativas al encarcelamiento - Programas ordenados por los tribunales:</p>	<p>Alternativas médicas al encarcelamiento - Programas no obligatorios:</p>
<p>Programas de alternativa judicial - A criterio del juez:</p>	<p>¿Otros?</p>

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 7: Facilitador N.º 1

Cada entidad puede tener funciones similares, pero tienen diferentes requisitos de elegibilidad y documentación; pueden tener diferentes jurisdicciones, poblaciones, cargos y tipos de actividades y recursos. Debe saber a quién necesitará contactar según la situación particular de cada cliente, y probablemente lo sepa sobre la marcha. Trabajaremos en una actividad para ayudarlo a comenzar.

Actividad

Haga referencia a la hoja de ejercicios (diapositiva 7) y solicite a los participantes que comiencen con el material que usted encontró al preparar la capacitación y los recursos nacionales que ellos conocen. Use esto como punto de partida para investigar y analizar las alternativas al encarcelamiento y otros programas de miembros asociados de los tribunales en las jurisdicciones de los participantes.

UNIDAD 2



Diapositiva 8: Facilitador N.º 1

Según el programa de coordinación de la atención médica de transición de la ciudad de Nueva York, con sede en la isla de Rikers, la mayoría de los clientes que viven con el VIH fueron encarcelados por consumo de sustancias y, como consecuencia, fueron derivados a los tribunales para el tratamiento de adicciones. Estos tribunales registraron e hicieron un seguimiento de una gran variedad de indicadores para entender qué se necesita para agilizar la función del enlace sanitario con los abogados defensores de los tribunales y para implementar las actividades del funcionario de enlace.

Es importante hacer un seguimiento de las recomendaciones de derivación a los abogados defensores, y de parte de ellos(as) y conocer los fundamentos de la recomendación (consumo de sustancias, diagnóstico psiquiátrico u otra afección médica) y saber qué recursos necesita para satisfacer las necesidades de su cliente.

HOJA DE EJERCICIOS: Afecciones de los clientes

- VIH
- Consumo de sustancias
- Enfermedad mental
- ¿Otras?

https://tapha.confex.com/tapha/143am/webprogram/Session4624.html

Diapositiva 9: Facilitador N.º 1

¿Cuál cree que son las afecciones de los habitantes de su entorno?

UNIDAD 3



Diapositiva 10: Facilitador N.º 1

Este es un ejemplo del diagrama de la secuencia del proceso, basado en la implementación del modelo de coordinación de la atención médica de transición en Nueva York, que opera según los datos de la población carcelaria de Nueva York que vive con el VIH. Para iniciar la coordinación de la atención médica de transición en Nueva York, se contactaron abogados defensores de los tribunales para saber quién podría ayudar con las derivaciones de las personas que viven con el VIH a programas de la comunidad, incluidos los hogares para adultos mayores para los clientes que necesitan cuidados paliativos. Advirtieron que el porcentaje de personas encarceladas que viven con el VIH, con violaciones técnicas de la libertad bajo palabra, era muy superior al promedio general del sistema y que el porcentaje de personas que regresaban a la comunidad era un 20 % más bajo que el promedio general del sistema.

Después de designar a una sola persona de contacto, los abogados defensores, e incluso los jueces, comenzaron a hacer llamados telefónicos y a recomendar derivaciones, solicitaron información para agilizar las causas a través del sistema, encontrar e identificar programas adecuados para los clientes, y desarrollar estrategias sobre cómo elaborar un plan de atención médica de transición que abordara las inquietudes de los tribunales y las necesidades de tratamientos y atención médica de los clientes. Este trabajo siempre se realizó con la

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 10: Continuación

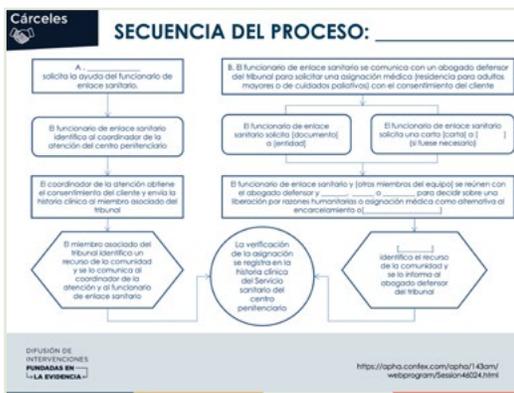
autorización de un abogado defensor. Lo que hemos aprendido de este proceso fue la importancia de designar a una sola persona de contacto para que reciba las llamadas y haga un seguimiento de los resultados, debido a la gran cantidad de abogados defensores que llamaron para solicitar datos e información sobre los recursos disponibles para atender a las personas que viven con el VIH.

También se desarrollaron dos secuencias del proceso diferentes. Las secuencias del proceso son similares, pero comienzan desde dos perspectivas diferentes: una se inició en el Servicio sanitario de los centros penitenciarios y la otra se inició con los abogados defensores de los tribunales.

Esta secuencia del proceso es una muestra de lo que se hizo en la ciudad de Nueva York con el modelo de coordinación de la atención médica de transición.

Actividad:

En los próximos 10 minutos, los participantes analizarán cómo se vería su secuencia del proceso si esto sucediera en su propio sistema.



Diapositiva 11: Facilitadores N.º 1 y N.º 2

Actividad:

Los facilitadores distribuirán esta diapositiva como una hoja de ejercicios. Cada grupo completará una hoja de ejercicios; los grupos estarán divididos según la ubicación de la organización / del trabajo. Los grupos procederán a elaborar su propia secuencia del proceso y luego la compartirán con todo el grupo. Los facilitadores caminarán entre los grupos para ofrecer asesoramiento técnico y alentar el debate, cuando sea necesario.

Solicite a los grupos que compartan sus opiniones sobre cómo se vería, en su sistema, una secuencia del proceso con un funcionario de enlace y cómo comenzarían el proceso de establecer dicha secuencia del proceso.

Facilitador N.º 1:

Ahora que tienen una idea de cómo funciona su sistema, ¿cuáles podrían ser los posibles beneficios y resultados?

UNIDAD 4



Diapositiva 12: Facilitador N.º 1

La incorporación de un funcionario de enlace llenó un vacío importante en el sistema de justicia penal de Nueva York y ayudó rápidamente a mejorar la coordinación de los sistemas de atención y tratamientos de las personas que viven con el VIH.

Este es el desglose de las fuentes de recomendación de derivaciones de las 800 personas atendidas en Nueva York en 2015 y nos demuestra que si se ofrecen alternativas, esto funciona.

Si bien la intervención *Coordinación de la atención médica de transición* de Nueva York integró la figura del funcionario de enlace con los tribunales como un esfuerzo proactivo de derivar a los clientes más graves, incluidos aquellos que podían ser trasladados a hogares de adultos mayores para recibir cuidados paliativos, el mayor porcentaje de las personas atendidas fueron derivadas por los miembros asociados o abogados defensores de los tribunales que trabajan con los casos de libertad bajo palabra. Antes de que este componente de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición* de la ciudad de Nueva York

Continúa en la página siguiente...

Diapositiva 12: Continuación

comenzara a actuar en defensa de los clientes, los abogados defensores y los tribunales solicitaban las historias clínicas completas al Servicio sanitario de los centros penitenciarios, un proceso que puede llevar semanas. Como resultado de las reuniones, el programa de coordinación de la atención médica de transición de la ciudad de Nueva York entendió que los tribunales solo necesitan algunos datos clave que se pueden suministrar a través de una breve historia clínica, como un análisis de tuberculosis, evaluación del estado psíquico, análisis del consumo de sustancias y resultados de las pruebas de laboratorio que revelan la presencia del VIH y las necesidades farmacológicas.

En ocasiones es posible que los tribunales le soliciten una carta a un proveedor médico. Como resultado de estos contactos, los abogados defensores, e incluso los jueces, comenzaron a hacer llamados telefónicos y recomendar derivaciones al programa de coordinación de la atención médica de transición de la ciudad de Nueva York, solicitaron información que los ayudaría a agilizar las causas a través del sistema y a trabajar juntos para encontrar e identificar los programas adecuados para los clientes.

Se implementaron la secuencia del proceso y los procedimientos para suministrar la información limitada necesaria para agilizar las sentencias judiciales y resolver más rápidamente las causas de las personas encarceladas.

Se recomienda hacer un seguimiento de esto y de otros componentes como parte de una planificación sostenible. Poder ofrecer sistemas que se benefician de los servicios con información que refleja ahorros en sus sistemas.

Cárceles

HOJA DE EJERCICIOS: Fuentes de recomendación de derivaciones



- ¿Miembro asociado de un tribunal?
- ¿Unidad de revocación de la libertad bajo palabra?
- ¿Libertad condicional?
- ¿Servicios sanitarios en la cárcel?

OFICINA DE INTERVENCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVIDENCIA

<https://tpha.confex.com/tpha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 13: Facilitador N.º 1

Actividad:

Use esta diapositiva como hoja de ejercicios y solicite a los participantes de cada grupo, según dónde trabajen, que escriban sus ideas y luego las compartan con todo el grupo.

Considere a los miembros asociados /programas del tribunal que podrían consultar a su funcionario de enlace con los tribunales. Tómese unos minutos para sentarse con su equipo y tomar nota de las posibles fuentes de recomendación de derivaciones. Tenga en cuenta los programas de los tribunales, los programas de la comunidad, así como los equipos sanitarios de los centros penitenciarios o demás personal que trabaja en las cárceles, es decir, toda persona que pueda identificar a personas elegibles para programas alternativos al encarcelamiento.

¿Tiene idea de cuántos clientes podría recomendar para su derivación? ¿Quién será su principal fuente de recomendaciones? ¿Ya tiene relación con esa fuente de recomendaciones?

Cárceles



- Continúo encarcelado(a)
- No elegible para el programa
- Rechazó la opción del programa
- Causa sobreseída
- Falleció
- Desconocido

OFICINA DE INTERVENCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVIDENCIA

<https://tpha.confex.com/tpha/143am/webprogram/Session4624.html>

Diapositiva 14: Facilitador N.º 1

Al hacer un seguimiento de las recomendaciones de derivación (mencionadas en la diapositiva 12), el programa de coordinación de la atención médica de transición de la ciudad de Nueva York comprobó que el 80 % de los casos iniciados dieron como resultado una derivación llevada a cabo por un tribunal. También registraron los resultados obtenidos para el 20 % de los casos que no se resolvieron a través de la figura del enlace con el tribunal: algunos clientes fueron sobreseídos sin requisitos de programas y otros clientes permanecieron encarcelados.

Cárceles



Hacer un seguimiento e informar los resultados de las personas no asignadas a un programa. ¿Cuántas personas

- permanecieron detenidas?
- no fueron elegibles para el programa?
- rechazaron la opción de participar en un programa?
- fueron sobreesidas?
- fallecieron?
- ¿Otros?

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓN PERSONAL EN LA EJECUCIÓN

https://alpha.comtek.com/alpha143.html/webprogram/Session46024.html

UNIDAD 5



Cárceles

SU PLAN ESTRATÉGICO

Escenario de implementación de la figura del enlace sanitario

- Cada institución debería definir una necesidad o un desafío (por ejemplo, una estrategia de negociación, la identificación de recursos, la creación de una red de contactos)

Dramatización:

- Otras dos instituciones dramatizan posibles soluciones

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIÓN PERSONAL EN LA EJECUCIÓN

Diapositiva 15: Facilitador N.º 1

Analice la posibilidad de hacer un seguimiento de los datos en estas categorías, y quizá en algunas otras si fuese necesario. Al recomendar derivaciones, recuerde hacer un seguimiento de los resultados obtenidos, tanto en relación con los clientes vinculados a un programa como con los que no lo están.

El seguimiento de los logros y de las deficiencias ayuda a identificar la necesidad de recursos y enfoques adicionales.

Diapositiva 16: Facilitadores N.º 2

Actividad:

Los facilitadores invitarán a los presentes a participar en una dramatización. Primero, los facilitadores dividirán a los participantes en grupos por organización. Tres grupos pueden participar activamente en la dramatización de inmediato. Si hay más de tres grupos, los grupos deberán rotar los papeles activos. Los grupos sin papeles activos deberán escuchar y luego dar su opinión sobre la dramatización.

Los tres papeles activos en esta actividad son los siguientes:

- 1. Identificador:** Los participantes con este papel serán los encargados de identificar una necesidad o un desafío, por ejemplo, un problema de comunicación, la falta de recursos o una falla del sistema. Escribirán el desafío e identificarán las entidades o los miembros asociados que se podrían contactar para atender la necesidad.
- 2. Solicitante:** Los participantes con este papel presentarán la necesidad identificada a la entidad o al socio que podría ayudar a afrontar el problema.
- 3. Demandado:** Los participantes con este papel escucharán la necesidad planteada por el solicitante. Pensarán en una solución y negociarán las alternativas.

Parte 2: Dramatización

El identificador presentará al solicitante y al demandado la situación identificada y sus respectivos papeles. El solicitante y el demandado tendrán unos minutos para intercambiar ideas sobre una estrategia de negociación. Luego, el solicitante y el demandado harán la dramatización con el objetivo de negociar una solución posible para atender la necesidad.

Debate guiado:

- ¿El identificador piensa que el solicitante entendió la necesidad identificada?
- ¿El solicitante sintió que entendieron la necesidad identificada? ¿Sintió que la parte demandada lo(la) escuchó? ¿Avanzan hacia un acuerdo mutuo para atender la necesidad identificada?
- ¿La parte demandada se sintió preparada para dirigirse al solicitante? ¿Se encontraban las personas correctas en la sala? ¿La parte demandada se sintió útil al poder ayudar al solicitante?

CIERRE

Ahora que hemos analizado el componente de la intervención conocido como el funcionario de enlace sanitario con los abogados defensores de los tribunales, analizaremos cómo todos los miembros asociados y las partes interesadas pueden trabajar en forma conjunta para prestar servicios coordinados y de calidad superior.



Módulo 7 : Red de atención sanitaria

Temas abordados: Asociaciones y cómo crear una red de atención sanitaria

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, los participantes habrán logrado lo siguiente:

- Entender los objetivos de la colaboración.
- Identificar a las partes interesadas clave.
- Establecer y reforzar las colaboraciones.
- Entender los beneficios y la limitación de las colaboraciones.
- Desarrollar las capacidades de trabajo en equipo a través de actividades prácticas.



Modalidad de instrucción

- Esta es una exposición guiada por dos facilitadores que utilizan un enfoque de trabajo basado en “**equipos de relevo**”, un debate guiado y actividades.

MATERIALES NECESARIOS



POWERPOINT



MATERIALES PARA LAS ACTIVIDADES

- Una bolsa de tierra, jarra de agua, 4 paquetes de semillas, una caja de arcilla dividida en 4 secciones, una bolsa de papel madera y 4 vasos de papel para cada participante, una bandeja de aluminio para mezclar los ingredientes. Otra posibilidad es usar tarjetas / fotografías de tierra, agua, semillas y arcilla.



HOJAS DE ROTAFOLIOS



MATERIALES DE REFERENCIA

- Manual de implementación de la coordinación de la atención médica de transición: <https://nextlevel.targethiv.org/deii/jails>
- Jordan, AO. (2017). Strengthening Collaborations, SPNS Workforce Capacity Initiative, NYC Correctional Health Services, Collaborative Convening.
- Jordan, AO. (2015) Linkages and Care Engagement: From NYC Jail to Community Provider. Health Disparities Collaborative Webinar: Addressing Health Disparities Among Incarcerated and Recently Incarcerated

DESARROLLO

DEBATE:

- Los facilitadores comenzarán con una exposición sobre la importancia de colaborar dentro de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*. Esto incluirá lograr un entendimiento de los objetivos de colaboración, las estrategias para fomentar la colaboración y el proceso de generar asociaciones colaborativas.
- Durante la exposición, los facilitadores participarán en una dramatización para erradicar algunos de los mitos más comunes sobre las asociaciones colaborativas.
- Los participantes intervendrán en un debate sobre los recursos que existen en la comunidad y los mecanismos que podrían utilizarse para fortalecer o consolidar las asociaciones.
- Los facilitadores harán hincapié en la diferencia que puede marcar la colaboración al implementar la intervención, incluidas las oportunidades para una mayor transformación práctica, y pondrán como ejemplo la implementación de la *Coordinación de la atención médica de transición* en Nueva York.

ACTIVIDADES Y DEBATE GUIADO:

La capacitación concluirá con una actividad interactiva centrada en adquirir técnicas de negociación colaborativa.

Palabras y frases clave

- Red de atención sanitaria
- Colaboración
- Asociación
- Transformación práctica



Duración aproximada de la sesión.

Total: 90 minutos

- 2 unidades/16 Diapositivas: 30 minutos
- Actividad: 60 minutos

UNIDAD 1



Diapositiva 1: Facilitador N.º 1

Ahora que sabemos de qué se trata el enlace con los tribunales, podremos entender lo importante que es coordinar un equipo interdisciplinario, conectado y colaborar con ese equipo, que constituye su red de atención. Esto es esencial para implementar e integrar la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*.



Diapositiva 2: Facilitador N.º 1

Veamos cuáles son los elementos necesarios para hacer un jardín. Se necesita tierra, semillas, agua y tierra arcillosa (o un fertilizante). Al igual que con su red, usted necesita diferentes componentes para tener un jardín floreciente. Téngalo presente a medida que avanzamos en este debate que finalizará con la práctica de la jardinería al final de la sesión.

Fuente: Jordan, AO. (2017). Fortalecimiento de las colaboraciones, Iniciativa de la capacidad de trabajo del programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS), Servicios sanitarios en los centros penitenciarios de Nueva York, Convocatoria de colaboración.



Diapositiva 3: Facilitador N.º 1

Ahora que sabemos que debemos colaborar para implementar el modelo de coordinación de la atención de transición, ¿cuáles son los objetivos de las colaboraciones?

Evidentemente, debemos trabajar en coordinación con muchos sistemas, ¿saben ustedes cuáles son esos sistemas? (Las respuestas de los participantes pueden ser vivienda, salud, empleo, cárceles, etc.).

Una vez identificados, ¿cómo daría a conocer la intervención a la comunidad y a las instituciones asociadas? Y luego, ¿cómo suministraría los recursos al personal, y al personal de las organizaciones asociadas, para que puedan colaborar?

Fuente: Jordan, AO. (2017). Fortalecimiento de las colaboraciones, Iniciativa de la capacidad de trabajo del programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS), Servicios sanitarios en los centros penitenciarios de Nueva York, Convocatoria de colaboración.

Cárceles

IDENTIFICAR A LAS PARTES INTERESADAS CLAVE

Identificar a los grupos existentes

- Concurrir a conferencias nacionales
- Contactar a los beneficiarios de las subvenciones del Programa Ryan White de ayuda contra el VIH/SIDA

Promover alianzas

- Reunirse con posibles instituciones asociadas
- Desarrollar acuerdos con esas instituciones

Establecer liderazgo

- Servir de ejemplo al personal
- Favorecer el trabajo en red del personal



DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 4: Facilitador N.º 1

- ¿Dónde comenzará? ¿Con qué otras organizaciones ya está trabajando? Ya que se han reunido aquí —miren a su alrededor— ¿hay personas aquí que podrían ayudarlo a crear su red de atención?
- Fomentar las relaciones y los recursos actuales es una buena forma de mejorar su red de atención. ¿Podrían las instituciones asociadas con las que usted trabaja actualmente tener otros socios que puedan ayudar?
- ¿Existen otras organizaciones a las que deba convocar? ¿Tienen colegas en común que puedan ayudar a allanar el camino?

Cárceles

ACUERDOS CON LAS INSTITUCIONES ASOCIADAS

MITO "No es importante ponerlo por escrito"	REALIDAD Los acuerdos deben ofrecer beneficios PARA AMBAS PARTES
---	--

Identificar lo que tiene para ofrecer

- Flujo de pacientes, acceso a las historias clínicas, identificación

Ayudar a disipar los mitos

- Usar datos para informar
- Reconocer que las instituciones asociadas ya tienen pacientes en común

Reconocer / compartir prácticas anteriores

- Centrarse en los puntos en común
- Reconocer y resolver las diferencias

Póngalo por escrito

DIFFUSIÓN DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 5: Facilitadores N.º 1 y N.º 2

Para ejemplificar estos mitos y realidades, los facilitadores participarán en una dramatización:

Facilitador N.º 1 Yo diría que los acuerdos que no son financieros y que no tienen carácter vinculante no son exigibles y, por lo tanto, no es necesario ponerlos por escrito.

Facilitador N.º 2 Eso no es verdad. Los acuerdos sí ofrecen beneficios financieros porque cuando usted deriva un cliente a un centro de salud, ellos pueden recibir el pago por los servicios prestados, especialmente en el caso de un paciente que probablemente haya estado sin atención médica o pacientes que están buscando y no logran contactar.

Facilitador N.º 1 Pero algunos centros de salud no están interesados en volver a contactarse con "estas" personas que son difíciles de atender y es posible que no deseen tratar a este tipo de pacientes que alteran su ritmo de trabajo.

Facilitador N.º 2 Bien, si nuestra intención es erradicar las infecciones del VIH y mejorar los resultados a través de la continuidad asistencial del VIH, entonces alguien deberá asumir la responsabilidad y recordar de qué se trata el programa Ryan White de ayuda contra el VIH-sida. Yo creo que los proveedores desean hacer lo correcto, pero no cuentan con los recursos o la experiencia para hacer participar a esta población más vulnerable y, por lo tanto, su ofrecimiento puede ser justo lo que necesitan. Asimismo los ayudará a ahorrar el tiempo y el esfuerzo que dedican a buscar a las personas que usted está dispuesto a transferir.

Facilitador N.º 1 Entonces, ¿cómo solucionamos el problema que tenemos con las instituciones asociadas que no siempre han estado de acuerdo con lo que tratamos de hacer?

Facilitador N.º 2 Reúnanse con cada institución asociada clave, compartan los datos y los mapas de las zonas donde las personas regresan a sus hogares después de ser liberados (como se muestra en el Módulo 1) y observen cuál es su zona de captación. Pregunten si atienden personas en esta zona de captación y háganles ver que ya tienen clientes en común y ahora tienen una institución asociada que los puede ayudar a ahorrar dinero —por ejemplo, al no tener que repetir el mismo análisis y conocer cuál es el último tratamiento farmacológico.

Facilitador N.º 1 Camine entre los grupos para invitar a los participantes a que compartan sus respuestas.

Cárceles

NO SE TRATA DE UNA LISTA DE CONTACTOS

Conexiones personales para los empleados y demás personas

- Reunirse habitualmente para estar conectados
- Brindar oportunidades para que el personal de atención al público pueda establecer contactos
- Usar listserv para los correos electrónicos y las listas de instituciones asociadas activas
- Visitar regularmente a las instituciones

Enfoque integral para los pacientes

- Conexiones observadas en forma directa
- Prestación de un servicio coordinado

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 6: Facilitador N.º 2

Evidentemente esto no se trata únicamente de tener una lista de contactos, aunque es muy útil para el personal contar con esta información. Lo que ustedes necesitan son contactos personales para que el programa cumpla su objetivo.

Cárceles

RED DE SERVICIOS

Grupos / Comités sanitarios actuales

- Hepatitis, VIH, salud mental, consumo de sustancias
- Asociación Americana de Salud Pública (APHA) Comité de salud de las cárceles / centros penitenciarios

Beneficiarios de las subvenciones

- Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), Programa Ryan White de ayuda contra el VIH/SIDA, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA)

Centros de salud autorizados por el gobierno federal

Organismos locales

- Salud, vivienda, empleo y servicios sociales

Programas de la comunidad

Eventos para las instituciones asociadas

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 7: Facilitador N.º 1

¿Usted necesita o tiene estos grupos de proveedores de servicios en su red?

Cárceles

CÓMO SER UNA INSTITUCIÓN ASOCIADA ACTIVA

Concurrir a reuniones: Promocionar los proyectos

Presentaciones: Invitar a las instituciones asociadas a conocer al personal

Visitar todas las instituciones: Solicitar actualizaciones, hacer un seguimiento de los resultados, visitar los lugares donde concurren los clientes

Reuniones trimestrales con las instituciones asociadas: Organizar actividades grupales para el personal de atención al público

Eventos colaborativos: Invite a las instituciones asociadas a participar en eventos de alcance comunitario o ferias de la salud para conocer a los pacientes

Las instituciones asociadas—dentro de los centros penitenciarios y en la comunidad— aumentan su capacidad.

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 8: Facilitador N.º 1

Recuerde que es necesario fomentar estas relaciones. ¿Organiza usted eventos para las instituciones asociadas? ¿Qué oportunidades existen y qué podría hacer para demostrar que usted es una institución asociada activa?

Cárceles

OBSERVACIONES

Beneficios	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la capacidad usando los recursos existentes • Recursos adicionales para respaldar los esfuerzos del personal • Crea soluciones para los pacientes en las que todos obtienen beneficios. • Promoción coherente de las políticas • Expansión a otras jurisdicciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que requiera un enfoque fragmentado • La competencia para los mismos clientes requiere de protocolos • Necesita de la comunicación para no duplicar los esfuerzos • Desafíos inherentes a la prestación de los servicios • Se deben abordar intereses diferentes

DIFFUSION DE INTERVENCIONES FUNDADAS EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 9: Facilitador N.º 1

Recuerde que esto tomará tiempo, ¡pero los beneficios superan las limitaciones!

Aunque las colaboraciones ayudan a desarrollar la capacidad, ofrecer recursos adicionales, crear soluciones beneficiosas para todos y promover la cohesión y la expansión, también es cierto que requieren tiempo. Por ende, hasta que se logren consolidar las relaciones y las secuencias de trabajo, es posible que al principio encuentre deficiencias y necesite protocolos para optimizar el proceso de derivación, e incluso que pague por un exceso de comunicación.

Cárceles

TRANSFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TRANSICIÓN

Enfoque silo	Enfoque colaborativo
<ul style="list-style-type: none"> Prestación de un servicio fragmentado Elaboración de informes sobre el proceso Proveedores múltiples Reembolso de los costos Carencia de objetivos colectivos Programa de \$1 millón 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo coordinado de servicios Medidas de resultado Instituciones asociadas colaborativas Pago sujeto al bien que se va a entregar Ampliación de las oportunidades de financiación Programa de \$5 millones

DIFFUSION DE INTERVENCIONES PUNDADES EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 10: Facilitador N.º 2

La implementación de la intervención *Coordinación de la atención médica de transición* también culminará en una transformación de la práctica. ¿Está preparada su organización para implementar un modelo de servicio más coordinado? ¿Está usted preparado para obtener los resultados de la vinculación con la atención y el mantenimiento de dicha atención? Considere solicitar un subsidio y sujeto al compromiso de reducir la parte de la población que no recibe atención. Los resultados demostrados en las poblaciones más vulnerables derivan en una transferencia de los costos a los programas que dan resultado; por ejemplo, la diapositiva de la presentación describe los cambios que se produjeron durante el modelo de coordinación de la atención médica de transición implementado en la ciudad de Nueva York.

Cárceles

UTILICE LA INFORMACIÓN: Desde antes de la detención hasta 6 meses después de la liberación

Resultados clínicos verificados	
CD4 (media)	Aumentaron (372 a 419)
Carga viral (media)	Disminuyó (52 313 a 14 044)
Carga viral indetectable	Aumentó (carga viral <48) (11 % a 22%)
Resultados de la participación en la atención	
N.º de personas en tratamiento antirretroviral (TAR)	Aumentó (de 62 % a 98 %)
Cumplimiento con el TAR	Mejóro (de 86 % a 95 %)
Promedio de visitas al servicio de emergencias p/D	Disminuyó (de 0.61 a 0.19)
Resultados de las necesidades básicas	
N.º de personas que habitan viviendas inseguras	Disminuyó (de 23 % a 4,5 %)
N.º de personas en situación de hambre	Disminuyó (de 20.5 % a 1.75 %)

DIFFUSION DE INTERVENCIONES PUNDADES EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 11: Facilitador N.º 1

Utilice los datos basados en los resultados de la implementación de la atención médica de transición en Nueva York. El modelo ha demostrado que se obtuvieron mejores resultados clínicos, lo que genera una mayor carga viral indetectable del VIH y se traduce en una menor carga viral en la comunidad y menos infecciones. Todo esto redundo en una disminución de los costos. Este proyecto también ha demostrado una disminución en el uso de los centros de acogida y centros de emergencia, lo que también ayuda a reducir los costos en el ámbito de la comunidad.

Cárceles

EL DISCURSO



La población carcelaria

- padecio una mayor desigualdad sanitaria que la población en general y
- es más proclive a usar los servicios de emergencias y terminar hospitalizada.

Asimismo,

- han demostrado un enfoque fundamentado en la evidencia respecto de las vinculaciones con la atención médica y
- han celebrado acuerdos con una amplia red de proveedores de servicios.

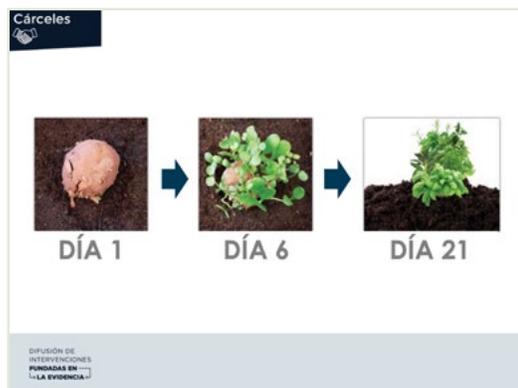
Las alianzas son de ayuda

- para eliminar los obstáculos al momento de incorporar a los clientes a la atención médica (por ej. se reduce el número de citas canceladas).
- para evitar los programas de alcance comunitario improductivos y
- para abordar las necesidades básicas durante el periodo crítico de reinserción en la comunidad.

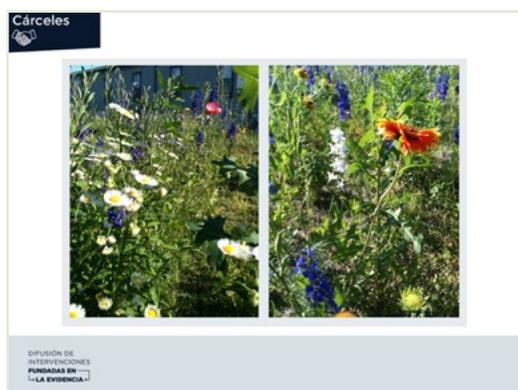
DIFFUSION DE INTERVENCIONES PUNDADES EN LA EVIDENCIA

Diapositiva 12: Facilitador N.º 1

Este es un ejemplo de cómo promover la intervención *Coordinación de la atención médica de transición*. ¿Cuál es su discurso?

UNIDAD 2 **Diapositiva 13: Facilitador N.º 2**

Ahora realizaremos una actividad interactiva.

**Diapositiva 14: Facilitador N.º 1****Actividad:**

¿Cómo crecerá su jardín?

Divida la clase en cuatro grupos: uno para las semillas, otro para el agua, otro para la tierra y el último para la arcilla.

Dele paquetes de semillas al grupo de semillas, una jarra de agua y vasos descartables al grupo del agua, una bolsa de tierra y vasos descartables al grupo de la tierra y suficientes cuadrados de arcilla a cada uno de los participantes del grupo de arcilla.

Analice las estrategias de negociación y entregue a los participantes de la clase la receta para hacer una bola de semillas: cada equipo tiene solo uno de los cuatro ingredientes necesarios y debe conseguir los otros 3 negociando con los otros grupos restantes.

Una vez que todos los equipos hayan negociado para conseguir los materiales necesarios, los participantes procederán a hacer las bolas de semillas que podrán plantar en sus propios jardines.

El objetivo es enseñar las habilidades de negociación y ejemplificar las diferentes maneras en que las colaboraciones requieren una relación de intercambio a fin de mejorar los resultados en todo el sistema.

Diapositiva 15: Facilitador N.º 1

Agradezca a los participantes por su participación y deles tiempo para que compartan su información de contacto.

CIERRE

“Hemos llegado al final de la capacitación. ¿Desean hacerles alguna pregunta a los facilitadores o a sus compañeros?”



